

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین
دانشکده پزشکی

عنوان

بررسی ارتباط ساعات خواب با فعالیت بدنی کودکان ۶-۳ سال مهد کودک های قزوین

استاد راهنما

دکتر مریم جوادی

اساتید مشاور

مهندس امیر جوادی

دکتر شبنم جلیل القدر

نگارش:

نفیسه حیدری

سال تحصیلی ۹۵-۹۴

شماره پایان نامه: ۱۰۶۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

بررسی ارتباط ساعات خواب با
فعالیت بدنی کودکان ۶-۳ سال
مهمل کودک های قزوین

تقدیم بہ

بانوی دو عالم، ام المائدہ، نور ہستی فاطمہ زہرا سلام اللہ علیہا

ساحت مقدس امام زمان عج اللہ تعالیٰ فرجہ الشریف

روح پر فوج شہدای کراتقدر، جانبازان و آزادگان سرفراز کہ آرامش، امنیت و موفقیت خود را بدین جان برکف ملی چون ایشان می باشم.

پدر و مادرم

مایہ ہستی ام، آموزگارانی کہ برایم زندگی، انسانیت و فداکاری را معنا کردند

ہمسر کرامیم

کہ با حمایت ہی ہمہ جانبہ، آرامش روحی و آسایش فکری را برایم فراهم نمود

سنگر و قدر دانی از:

سرکار خانم دکتر مریم جوادی کہ ہموارہ از راہنمایی ایشان بہرہ بردم.

جناب آقای دکتر جوادی و سرکار خانم دکتر جلیل القدر کہ در انجام پایان نامہ مشاورم بودند.

مسولین و کادر محترم آموزش و پژوهش دانشگاہ و کلیہ عزیزانی کہ در امر تحصیل یاریم نمودند.

مادران کرامی و مسئولین محترم مہد کو دک ملی کہ در تحقیق شرکت نمودند.

استاد محترم سرکار خانم دکتر باریکانی و... کہ دایری این پژوهش را قبل نمودند.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۶	چکیده
۷	فصل ۱ مقدمه و بیان مسئله
۱۷	فصل ۲ مروری بر مطالعات
۲۸	فصل ۳ روش کار
۳۲	فصل ۴ یافته ها
۷۶	فصل ۵ بحث و نتیجه گیری
۸۳	منابع
۹۷	چکیده انگلیسی
۹۸	پیوست

چکیده

زمینه: خواب یکی از مهم ترین فرآیندهای چرخه ای در شبانه روز است که نقش زیادی در سلامت افراد دارد. از طرفی فعالیت های حرکتی و ورزشی منظم از عاداتهای مناسب بهداشتی یا رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی محسوب می شود. ارتباط بین خواب و فعالیت بدنی در کودکان از موضوعاتی است که در مورد آن تاکید بسیار شده است و نتایج مطالعات در این زمینه متفاوت است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط ساعات خواب با فعالیت بدنی کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه با استفاده از نتایج طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی عوامل مرتبط با خواب کودکان ۳-۶ ساله مهد کودک های قزوین و ارائه راه کارهای بهداشتی برای ارتقا کیفیت زندگی و پیش گیری از اختلال خواب در کودکان" انجام شد. در مطالعه مذکور تعداد ۱۵ مهدکودک از بین ۲۲ مهد کودک به صورت خوشه ای انتخاب و ۶۰۰ کودک به روش تصادفی وارد مطالعه شدند. جمع آوری داده ها با روش های مصاحبه، مشاهده و تکمیل پرسش نامه انجام شد. نتایج با استفاده از آزمون های کای اسکور، تست دقیق فیشر، آنالیز واریانس و پیرسون در سطح معنی داری ۰/۰۵ تجزیه تحلیل گردید.

یافته ها: در مطالعه حاضر کل ساعت خواب ۲۴ ساعته با شغل مادر و ساعت بیدار شدن از خواب با شغل و تحصیلات مادر ارتباط داشت ($P < ۰/۰۰۵$). بین کل ساعت خواب ۲۴ ساعته با مدت ساعت بازی با رایانه ($P = ۰/۰۰$) همبستگی ضعیف و معنی داری مشاهده شد. با افزایش مدت ساعت بازی با رایانه، کل ساعت خواب کودک کاهش می یافت. بین تحصیلات والدین با مدت ساعت و تعداد روز بازی نشسته و بازی با رایانه همبستگی مستقیم و معنی داری مشاهده شد و با افزایش تحصیلات والدین فعالیت های نشسته افزایش می یافت.

نتیجه گیری: درمجموع نتایج مطالعه نشان داد خواب کودک با وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین و نوع و میزان فعالیت بدنی نشسته مرتبط است. و با توجه به نقش این سنین در تشکیل عادات بزرگسالی می بایست برای فعالیت بدنی مناسب کودکان و ساعات خواب آن ها برنامه ریزی مناسبی داشت.

واژگان کلیدی: خواب، فعالیت بدنی، کودک

فصل یک

مقدمه و بیان مسئله

۱- مقدمه

مرحله مهمی از حیات هر انسانی رشد و نمو در سالهای اولیه زندگی است که در تعیین کیفیت سلامتی، احساس مثبت، یادگیری و رفتار او تاثیر می گذارد. لذا این دوره یک فرصت بزرگ است (۱) این دوران مهم ترین دوره زندگی فرد است و پایه و اساس و شاکله تلاش های او در دوران زندگیش را تشکیل می دهد (۲) در سنین قبل از مدرسه که سن ۳-۵ سالگی از زندگی را شامل می شود، کودک اجتماعی تر می شود، دوستان واقعی دارد، دلیل احساسات خود را میداند، از لحاظ فیزیکی هماهنگی خوبی در فعالیت های پر انرژی مانند دویدن و بالارفتن دارند و پیشرفت خوبی در راندن سه چرخه دارد. (۳) در این سن کودکان باید روزانه ۱۱-۱۳ ساعت خواب داشته باشد (۴،۵) هم چنین در این سن کودکان دچار مشکلاتی مانند دیر به خواب رفتن و بیدار شدن در طی شب می شوند. همزمان با پیشرفت قدرت تخیل در این سن آنها ترس شبانه و کابوس شبانه را تجربه میکنند. به عبارت دیگر راه رفتن در خواب و وحشت در خواب در این سن بروز می نماید (۶). خواب یک نیاز اساسی انسان می باشد و برای حفظ سلامتی، کیفیت خوب زندگی و عملکرد صحیح در طول روز ضروری است (۷ و ۸). خواب نقش مهمی در سلامتی و حیات ما دارد. داشتن خواب با کیفیت مناسب در زمان مناسب می تواند به محافظت از سلامت روانی و بدن و افزایش کیفیت زندگی کمک کند. در طی خواب بدن جهت حفظ کارکرد صحیح مغز فعالیت می نماید. در کودکان و نوجوانان خواب باعث کمک به رشد و نمو آنها میشود. خواب کودکان به طور خاصی مهمتر است زیرا مستقیماً بر روی تکامل ذهنی و جسمی آنها موثر است (۶). کودکانی که خواب کافی دارند عملکرد بهتری دارند و کمتر در معرض اختلالات رفتاری و خلقی می باشند (۸) اختلالات خواب در شیرخواران و کودکان شایع می باشد؛ بطوری که حدود ۲۵٪ کودکان زیر ۵ سال نوعی از اختلالات خواب را تجربه می کنند (۹، ۱۰) شیوع زیاد مشکلات خواب در کودکان، نشانه اهمیت قابل توجه آنها در گروه سنی دبستانی و پیش دبستانی میباشد و متأسفانه در مراقبتهای تندرستی کودکان، به آنها کمتر پرداخته میشود (۱۱). خواب یکی از مهم ترین فرآیندهای چرخه های شبانه روزی است که نقش زیادی در سلامت افراد دارد. خواب با کیفیت نقش ترمیمی و حفاظتی برای کارکردهای روان شناختی و عصب شناختی دارد و در بازسازی قوای جسمی و هیجانی سهیم است. (۱۲ و ۱۳) الگوی نامناسب و اختلال در خواب سبب کاهش تندرستی، اختلال در عملکردهای شناختی، ابتلای افراد به درد جسمانی، کاهش کیفیت زندگی و اختلالهای روانشناختی میشود. (۱۴-۱۶) همچنین کیفیت پایین خواب با کاهش عملکرد بهینه سیستم ایمنی، کاهش عملکرد هیپوتالاموس، هیپوفیز و غده آدرنال، افزایش فشار خون، افزایش

خطر حوادث قلبی- عروقی، کاهش توانایی بهینه سطح عملکرد افراد و کاهش استعداد های فردی همراه است.(۱۷- ۱۹) عادت های نامناسب بهداشتی، کیفیت مطلوب زندگی و خواب را کاهش می دهد و سلامتی افراد را به خطر می اندازد. در مقابل، عادت های مناسب بهداشتی نظیر جستجوی اطلاعات مربوط به موضوع سلامتی و بهداشت، مراجعه به پزشک برای معاینه عمومی، ایمن سازی در برابر بیماری ها، ورزش کردن، رژیم غذایی مناسب، حساس شدن نسبت به وضعیت سلامتی و عدم مصرف مواد و الکل سبب ارتقای سطح کیفیت خواب میشود و سلامت افراد را بهبود میبخشد.(۲۰) یکی از عادت های مناسب بهداشتی یا رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی، فعالیت های حرکتی و ورزشی منظم است که بر روی سلامتی انسان و کیفیت زندگی آثار مثبتی دارد؛ به گونه ای که زمینه اختلال های روان شناختی و جسمانی را کاهش و بهداشت روانی را افزایش می دهد.(۲۱-۲۳) پژوهش های زیادی، رابطه نیرومند بین خواب نامطلوب و بروز مشکلات روانی و جسمانی متعدد برای کودکان و نوجوانان، از مشکلاتی مانند چاقی و پر خاشگری گرفته تا بیش فعالی را نشان داده است.(۲۴ و ۲۵) به عقیده برخی از محققان، نخستین سیستم آسیب ناشی از خواب نامناسب، در عملکرد اجرایی تا توانایی مغز برای طراحی و سازمان دهی فعالیت ها و نیز در دقت کردن نمایان می شود.(۲۶) پژوهش های دیگر نشان داد که نامطلوب بودن کیفیت یا کمیت خواب در میان کودکان و نوجوانان، با آسیب های مهم در عملکرد سیستم ایمنی، تنظیم متابولیسم (در نتیجه ایجاد رابطه بین خواب و چاقی و دیابت)(۲۷)، خلاقیت و حافظه،(۲۸) تصادفات و صدمات(۲۹)، ناکامی تحصیلی در مدرسه (۳۰) و رفتار(۳۱) رابطه دارد. خواب نقش بسیار مهمی را در رشد کودکان ایفا می کند. خواب نه تنها بر روی رشد جسمی، رفتاری و احساسی کودک اثرگذار است بلکه به مقدار زیادی با عملکرد ذهنی، یادگیری و توجه نیز ارتباط دارد.(۲۸ و ۳۲-۳۴) اختلال خواب در کودکان پدیده ای معمول است که در حالت حاد باعث به وجود آمدن اختلال در فعالیت های اساسی زندگی می شود. به نظر می رسد بیش از ۲۵ درصد کودکان در زمان هایی از دوران کودکی خود مشکل خواب را تجربه می کنند.(۳۵ و ۸) مطالعات متعددی نشان داد که تداوم یافتن اختلالات خواب می تواند روند سلامت کودکان و حتی خانواده ی آن ها را به مخاطره بیندازد(۲۸ و ۳۶- ۳۸) با وجود همه ی این یافته ها، مشکل خواب و عواقب جدی آن بر روی سلامتی از طرف متخصصین کمتر مورد توجه قرار گرفته است.(۳۹) در چند سال اخیر توجه به مشکل خواب در دوران کودکی افزایش یافته است، ولی با این وجود هنوز تحقیقات بیشتری در این زمینه برای تشخیص و درمان مشکلات خواب بر پایه ی یافته های عینی و بالینی لازم است. از میان تمام عوامل مربوط به شیوه ی زندگی، طول و کیفیت خواب افراد به عنوان عاملی که به طور بالقوه قابلیت تغییر داشته است و نقش بسیار مهمی در سلامت جسمی و روحی دارد، اهمیت زیادی پیدا کرده است. با توجه به

تغییر در سبک زندگی افراد و مدرنیزه شدن شهرها مدت زمان خواب افراد، حتی کودکان نسبت به گذشته کاهش یافته است. (۴۰-۴۲)

امروزه فشار ناشی از عواملی چون کار، مدرسه، خانواده، تلویزیون و سایر عوامل متأثر از رشد شهرنشینی باعث کاهش مدت زمان خواب افراد در گروه های سنی مختلف شده است. (۴۳) و موضوع خواب کودکان به عنوان یکی از عوامل مربوط به سبک زندگی که به طور بالقوه قابلیت مداخله دارد، مورد توجه محققان قرار گرفته است. احتمال ابتلا به چاقی در کودکانی که از بهداشت خواب مناسب بهره نمی برند و خواب نامنظم و با کیفیت پایین دارند، در مقایسه با هم سالان بیش تر است. کمبود خواب اثراتی به مراتب بیش تر از ابتلا به چاقی دارد و باعث کاهش توانایی برای انجام امور و وظایف روزانه، کاهش سطح هوشیاری و دقت و توجه کودکان می شود که علاوه بر کاهش سطح یادگیری، سلامت جسمی آن ها را نیز به خطر می اندازد. این شرایط سبب افزایش عوامل خطر انواع بیماری ها مانند دیابت، فشار خون و حتی افسردگی در سال های آتی زندگی می شود. (۴۴) فعالیت بدنی عبارتست از هرگونه تحرک بدنی که مستلزم هزینه انرژی باشد (۴۵). فعالیت بدنی یکی از رفتارهایی است که برای برخورداری از سلامت مادامالعمر اهمیت خاصی دارد. (۴۵) فواید آن برای سلامتی نیز کاملاً اثبات شده (۴۶-۴۸) بطوریکه شرکت منظم در فعالیت بدنی یکی از بهترین روشهای ارتقای سلامت عمومی از جمله سلامت جسمی، روحی و روانی محسوب میشود (۵۰ و ۴۹). فعالیت بدنی، نقش مهمی در ارتقای تناسب، جسمانی، رفتارهای مرتبط با سلامتی، افزایش طول عمر و ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، بهبود مدیریت وزن و کاهش خطر ابتلا به بیماریها و مرگ و میر ناشی از آنها دارد (۵۱)، ضمن اینکه تأثیر مثبتی بر انواع اختلال های طبی دارد (۵۲-۵۴). نتایج تحقیقات انجام شده در زمینه فواید فعالیت های بدنی نشان می دهد که انجام فعالیت های بدنی منظم و داشتن سبک زندگی فعال، از اجزای اصلی حفظ و بهبود سلامت جسمی و روانی در جامعه است (۵۵) در سن ۳-۵ سال نیز انجام این فعالیت ها به کودک کمک میکند تا عادات مناسب سلامتی را بیاموزد، کودکان فعال ریسک کمتری برای اضافه وزن دارند، بعضی از فعالیت های فیزیکی مانند دویدن و پریدن باعث رشد استخوانی میشود، بچه های فعال عضلات قویتر و قلب و ریه سالمتری دارند از لحاظ نمو هم کمک میکند کودک مهارت های حرکتی و هماهنگی های حرکتی را بیاموزد و همچنین باعث افزایش اعتماد به نفس آنها میشود (۵۶). از سوی دیگر، مطالعات گذشته نشان میدهند که سالهای کودکی و نوجوانی، دوران طلایی برای ساختن قامت و اسکلت بدن و تولید و توسعه دستگاههای زیستی و تنظیم گر بدن است (۵۷). در چنین دورانی، سهم فعالیتهای

بدنی و انرژی مصرفی نقشی بارز در این فرآیند تکاملی و توسعه ایفا میکند (۵۸). از سوی دیگر، دوران کودکی و نوجوانی مرحله توسعه پاسخهای فیزیولوژیک محسوب میشود که ارتباطی تنگاتنگ با سطح فعالیت بدنی پیدا میکند. در این سنین، افزایش توده استخوانی عمدتاً با هزینه انرژی متناسب با سطح فعالیت بدنی امکانپذیر میشود و در سالهای بعد زندگی، باعث بهبود و توسعه کارایی افراد میشود واز بیماریهای کم تحرکی مانند پوکی استخوان زودرس (در بسیاری از جمعیت های نوجوان مناطق شمال غرب کشور شگستگیهای استخوانهای دراز گزارش شده است) (۵۹) پیشگیری می کند (۶۰). با وجود این، در سال های اخیر، کاهش هزینه انرژی روزانه نسبت به نرمهای موجود در سازمانهای WHO/FAO/UNU در کشورهای مختلف جهان موجب نگرانی مذکور شده است به طوری که طبق پیش بینیهایی سازمان WHO تا سال ۲۰۲۰ بیماریهای غیرشایع (اضافه وزن و چاقی و پوکی استخوان ناشی از کم تحرکی) تقریباً ۴/۳ کل آمار مرگ ومیر در این کشورها را شامل خواهند شد(۶۱) فعالیت فیزیکی در دوران کودکی و نوجوانی می تواند اثرات مفید کوتاه مدت روی سلامتی داشته باشد و هم به دلیل اثرات طولانی مدت، در سلامتی در دوران بزرگسالی نیز موثر باشد. در حال حاضر به طور فزاینده ای مشخص شده است که بررسی و اندازه گیری کیفیت زندگی، اطلاعات مهمی را در رابطه با توصیف وضعیت سلامت جمعیت های مختلف در اختیار قرار می دهد. مطالعات گذشته نشان داده اند که بین الگوی زندگی و وضعیت سلامت روانی و فیزیکی یا همان کیفیت زندگی در نوجوانان و بزرگسالان همراهی وجود دارد، اما اطلاعات ما در مورد این رابطه در کودکان محدود است. یک مطالعه آینده نگر که راجع به الگوی زندگی و سلامت کودکان در توپامای ژاپن انجام شد، نشان داد که کودکانی که در ابتدای مطالعه کم تر در انجام فعالیت فیزیکی شرکت می کردند، مدت زمان بیش تری تلویزیون تماشا می کردند و مدت کم تری می خوابیدند بعد از ۳ سال کیفیت زندگی پایین تری داشته اند. (۶۲)

پژوهشگران معتقدند که فعالیت فیزیکی با سلامت جسمی و روانی کودکان مدرسه ای در ارتباط می باشد. مشخصاً فعال ترین کودکان، عملکرد تحصیلی بهتری داشته اند، نکته دیگر این که کیفیت زندگی در کودکان با نمایه توده بدنی بالاتر که از نظر فیزیکی فعال بوده اند، کمتر مختل می گردد. (۶۳) یکی از پیامدهای ماشینی شدن زندگی و پیشرفت تکنولوژی در قرن حاضر، فقر حرکتی و کاهش فعالیت فیزیکی مناسب در بین افراد بوده است (۶۴). این مشکل از دیدگاه سلامتی یکی از مهم ترین مشکلات جامعه امروزی است (۶۵). در این خصوص بررسی های انجام گرفته در کشور ایران متأسفانه نشان داده است بیش از ۷۰٪ مردم فعالیت فیزیکی کافی ندارند (۶۶). زندگی بدون تحرک و عدم

فعالیت فیزیکی به عنوان عامل خطر بیماری های مختلفی شناخته شده است و به عنوان یکی از ریسک فاکتورهای اصلی قابل اصلاح بیماری های قلبی مطرح شده است و نقش مهمی در ایجاد سایر بیماریها دارد (۶۷و ۶۸). فقر حرکتی عامل بسیاری از بیماریهای جان فرسا چون چاقی، ضعف دستگاه های قلبی و عروقی و تنفسی است و به طور مستقیم و غیرمستقیم سلامتی انسان را به خطر می اندازد (۶۸). در یک مطالعه فعالیت فیزیکی با سطح بالایی از رضایت مندی از خواب کاهش سطح استرس، و کاهش ریسک استفاده مشکل ساز از اینترنت همراهی دارد. فعالیت فیزیکی باعث بهبود اختلال های خواب میشود (۶۹). ورزش کردن باعث افزایش مدت زمان خواب و شروع خواب (rem) و افزایش امواج اهسته مغزی (SWS) و کاهش خواب (rem) میشود (۷۰).

خواب نقش مهمی در سلامتی و حیات ما دارد. داشتن خواب با کیفیت مناسب در زمان مناسب میتواند به محافظت از سلامت روانی و بدن و افزایش کیفیت زندگی کمک کند. در طی خواب بدن جهت حفظ کارکرد سلامت مغز کار میکند و هم چنین بدن را سلامت نگه میدارد.

در کودکان و نوجوانان خواب باعث کمک به رشد و نمو آنها می شود. خواب نقش مهمی در سلامتی و حیات ما دارد. داشتن خواب با کیفیت مناسب در زمان مناسب می تواند به محافظت از سلامت روانی و بدن و افزایش کیفیت زندگی کمک کند. در طی خواب بدن جهت حفظ کارکرد سلامت مغز کار می کند و هم چنین بدن را سلامت نگه میدارد.

در کودکان و نوجوانان خواب باعث کمک به رشد و نمو آنها می شود. (۷۱) دیده شده که ورزش جهت بهبود وضعیت خواب مفید است. و حدس زده میشود که فعالیت فیزیکی منظم ممکن است برای بهبود کیفیت خواب و کاهش خواب آلودگی طی روز مفید باشد (۷۲) اثربخش بودن ورزش بر سلامت عمومی و کیفیت خواب چنین تبیین پذیر است که فعالیت های ورزشی با افزایش توانایی جسمانی افراد سبب می شود احساس خود کارآمدی و اعتماد به نفس آنان افزایش یابد. این امر سبب ارتقا و بهبود روابط بین فردی و عملکردهای اجتماعی می شود و سلامت روان شناختی آنها را در پی خواهد داشت (۷۳). به علاوه ورزش و فعالیت های بدنی به تغییرات زیستی و بیوشیمیایی منجر می شوند و سلامت جسمانی و روانی را بهبود می بخشند و به تبع آن ارتقای کیفیت خواب را به دنبال خواهند داشت (۷۴). بررسیها نشان داده اند که ورزش و تمرین منظم بدنی، با اثرگذاری بر میزان ترشح اندورفین ها، نوراپی نفرین، کاتکول آمین ها، سروتونین و سایر انتقال دهنده های عصبی مغز، بر کارکردهای شناختی و هیجانی مغز نظیر حافظه و یادگیری مؤثر

است (۷۵). به علاوه نتایج بررسی محققان حاکی از آن است که ورزش سبب افزایش جریان خون، اکسیژن و گلوکز مغز می شود و در نتیجه عملکرد بهینه مغز را به دنبال دارد (۷۶). مطالعه فرام و همکاران نشان داد ورزش علاوه بر این که چربی بدن را کاهش می دهد و عضله می سازد، مقاومت در برابر بیماری را تقویت می کند. در واقع دوره های مکرر ورزش، پاسخ ایمنی بدن را تقویت می کند، خطر ابتلا به بیماری های جسمی را کاهش می دهد و در صورت بروز بیماری ها، به بهبود سریع تر کمک می کند. (۷۷) فعالیت های ورزشی هم چنین سبب کاهش وقوع بیماری های قلبی - عروقی، سرطان، دیابت و پرفشاری خون می شود (۷۴). از طرف دیگر، سلامت انسان با کمیت و کیفیت خواب او در ارتباط است؛ به گونه ای که بی خوابی شبانه می تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد و سبب افزایش احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب شود و توانایی مقابله با تنش های روزمره را کم کند. (۷۸) پیشرفت امکانات ماشینی از یک سو موجب زندگی بهتر و فراغت بیشتر، و از طرف دیگر، کاهش فعالیت جسمانی شده است. این مسئله موجب بروز فقر حرکتی و تمایل به زندگی کم تحرک در انسان شده است (۷۹-۸۲). پژوهش ها نشان داده اند که تماشای تلویزیون، به ویژه اگر شخص هنگام تماشای تلویزیون در حال خوردن باشد، از دو طریق (کاهش فعالیت های جسمانی، که تماشای تلویزیون به عنوان فعالیتی غیرفعال جایگزین این گونه فعالیت ها شده است و افزایش کالری جذب شده از طریق خوردن تنقلات و پر خوری هنگام تماشای تلویزیون و بر هم خوردن عادت های غذایی) سبب چاقی می شود. (۸۱-۸۲) این نکته که کودکان امروزه زمان زیادی را صرف فعالیت های غیرفعال مانند تماشای تلویزیون و فیلم، انجام بازی های رایانه ای و کار با رایانه می کنند، حائز اهمیت است (۸۳-۸۴) بنابراین جای تعجب نیست که برخی پژوهشگران صرف زمان برای تماشای تلویزیون را یکی از عوامل مهم شیوع اضافه وزن در نظر می گیرند (۷۹ و ۸۴ و ۸۵). یکی از مراکز پژوهشی که رشد کودکان آمریکایی و آفریقایی را در ۹ تا ۱۰ سالگی ارزیابی کرده، نشان داده است که رابطه معنی داری بین ساعات تماشای تلویزیون و شاخص توده بدنی دختران وجود دارد. (۸۶) محققان توصیه کرده اند که کودکان و نوجوانان روزانه می توانند بین ۱ تا ۲ ساعت به تماشای تلویزیون بپردازند، در حالی که برآورد جهانی حدود ۳ ساعت در روز است (۸۷). رایینسون ۲۰۰۱ اعلام کرد که کودکان ۷ تا ۷ ساله روزانه ۲/۵ ساعت زمان صرف تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای می کنند. (۸۸) برخی محققان هم گزارش کرده اند که فقدان فعالیت جسمانی، عامل مهم شیوع اضافه وزن است و کاهش فعالیت های جسمانی ارتباط معنی داری با کاهش آمادگی جسمانی دارد (۸۹).

گرچه شاید بنظر برسد که خواب و فعالیت بدنی بوسیله دو مکانیسم فیزیولوژی جدا از هم تنظیم می شوند ولی شواهد زیادی برای ارتباط این دو وجود دارد(۹۰) بعضی مطالعه ها نشان میدهد که میزان فعالیت کودکان و نوجوانان جوامع مختلف کمتر از حد استاندارد برای حفظ سلامتی است(۹۱) خواب یکی از عوامل بسیار مهم و موثر بر سلامتی انسان بخصوص کودکان است.بگونه ایکه پنجمین علت مراجعه والدین به کلینیک های اطفال اختلالات خواب می باشد(۹۲)مطالعه ای در قزوین شیوع اختلال های خواب کودکان را ۶۵,۲٪ گزارش کرده است(۹۳)

در بعضی مطالعه ها بر ارتباط بین طول مدت خواب و فعالیت بدنی و تماشای تلویزیون تاکید شده است. مطالعه ها نشان می دهد که میزان خواب کودکان و نوجوانان جوامع مختلف کم تر از حد استاندارد برای حفظ سلامتی است. بدیهی است که تشخیص و داشتن راه کارهای به موقع می تواند در پیشگیری از کاهش رشد و تنظیم برنامه خواب کودک موثر باشد. بر همین اساس در این مطالعه به بررسی رابطه ساعات خواب با فعالیت بدنی در کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین پرداختیم.

تعریف واژه:

☒ **ساعات خواب:** در این مطالعه منظور از ساعات خواب در این مطالعه کل ساعات خواب ۲۴ ساعته، ساعت خوابیدن در شب و ساعت بیدار شدن در صبح می باشد.

☒ **فعالیت بدنی:** در این مطالعه منظور از فعالیت بدنی ، مدت ساعت و تعداد روز تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، بازی نشسته و ایستاده است

۲- اهداف و فرضیات

۱-۲- هدف اصلی (General Objectives)

تعیین ارتباط ساعات خواب با فعالیت بدنی کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین

۲-۲- اهداف فرعی (Specific Objectives))

۱-۲-۲- اهداف توصیفی:

- ✓ تعیین ساعات خواب کودک در کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین
 - ✓ تعیین وضعیت تحصیلات و شغل والدین در کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین
 - ✓ تعیین میزان فعالیت بدنی کودک در کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین
- ۲-۲-۲- اهداف تحلیلی:

- ✓ تعیین رابطه تحصیلات و شغل والدین با فعالیت بدنی کودک در کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین
- ✓ تعیین رابطه تحصیلات و شغل والدین با خواب کودک در کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین
- ✓ تعیین رابطه ساعات خواب با فعالیت بدنی کودک در کودکان ۳-۶ سال مهد کودک های قزوین

۲-۳- اهداف کاربردی (Applied Objectives)

استفاده از نتایج این مطالعه می تواند برای طراحی برنامه مداخله ای مناسب بمنظور اصلاح ساعات خواب و فعالیت های بدنی کودک که نقش مهمی در رشد و نمو کودکان دارد مورد استفاده قرار گیرد.

۲-۳- فرضیه ها یا سوالات پژوهش (Hypothesis)

ساعات خواب کودکان مورد مطالعه چگونه است؟

میزان فعالیت بدنی کودکان مورد مطالعه چگونه است؟

وضعیت تحصیلات و شغل والدین چگونه است؟

آیا بین ساعات خواب با تحصیلات و شغل والدین ارتباط وجود دارد؟

آیا بین ساعات خواب با فعالیت بدنی کودکان ارتباط وجود دارد؟

آیا بین فعالیت بدنی کودکان با تحصیلات و شغل والدین ارتباط وجود دارد؟

جدول ۱-۱. جدول متغیرهای تحقیق

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه ای		
سن	×		×				تعداد سال سپری شده پس از تولد	سال
جنس	×				×		فنوتیپ جنسی فرد	پسر - دختر
فعالیت بدنی	×		×				مدت ساعت و تعداد روز تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، بازی نشسته و بازی ایستاده	بر اساس پرسشنامه
ساعات خواب	×		×				مدت ساعات خواب زمان خوابیدن در شب و بیدار شدن در صبح	ساعت
شغل والدین	×					×	بیکار ، کارمند ، کارکن مستقل ، کارمند عالی رتبه	پرسشنامه
تحصیلات والدین	×					×	بیسواد ، سیکل و دیپلم و فوق دیپلم ، لیسانس و بالا تر	پرسشنامه

فصل دوم

مروری بر مطالعات

در مطالعه ای که توسط نوشین اصفهانی در کشور ایران در سال ۱۳۸۱ بصورت توصیفی به منظور بررسی تاثیر ورزش بر سلامت روانی در بعد جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در بین دانشجویان ورزشکار و غیر ورزشکار دانشگاه الزهرا و در بین دانشکده های آن بر روی ۲۶۰ نفر از دانشگاه الزهرا که به طور تصادفی از بین تمام دانشکده ها انتخاب شده بود نشان میدهد که بین علایم جسمانی، اختلال خواب و اضطراب، اختلال کارکرد اجتماعی و افسردگی بین دو گروه ورزشکار و غیر ورزشکار تفاوت معنی داری مشاهده می شود که نشان می دهد در گروه اول کمتر است. همچنین دانشجویان دانشکده تربیت بدنی در مقایسه با سایر دانشجویان در سلامت روانی و مقیاس های چهارگانه آن در وضعیت مطلوب تری قرار دارند. در این پژوهش برای اندازه گیری سلامت روانی از پرسشنامه سلامت روانی GHQ_۲۸ استفاده شده است که توسط گلدنبرگ و هیلر طراحی شده است. روش آماری برای بررسی و مقایسه میانگین آماری دو جامعه ورزشکار و غیر ورزشکار آزمون t بود. (۹۴)

در مطالعه ای که توسط زارعی و همکاران (ایران) در سال ۱۳۸۸ به صورت توصیفی تحلیلی و مقطعی به منظور بررسی همه گیرشناسی چاقی و لاغری و ارتباط آنها با فعالیت بدنی و الگوی رژیم غذایی در نوجوانان پسر ۱۲-۱۴ ساله شهر سبزوار روی ۶۵۰ نوجوان پسر ۱۲-۱۴ ساله شهر سبزوار انجام شد نشان داد که که شیوع اضافه وزن و چاقی در نوجوانان سبزواری نسبتاً بالا است. هم چنین کاهش سطح فعالیت بدنی و افزایش رفتارهای کم تحرک (تماشای تلویزیون و نه کار با رایانه) در این آزمودنی ها، با اضافه وزن و چاقی مرتبط است، ولی هیچ ارتباطی بین الگوی رژیم غذایی و اضافه وزن و چاقی وجود ندارد. که البته این نتیجه بر خلاف بسیاری از پژوهش های مشابه است که می تواند ناشی از خطا در گزارش دهی و کمتر گزارش دادن آزمودنی های چاق باشد. هم چنین این احتمال وجود دارد که رفتارهای کم تحرک و سطح پایین فعالیت بدنی افراد چاق که یکی از نتایج مطالعه حاضر نیز بود، بتواند منجر به کاهش هزینه/انرژی آن ها شده، کمتر بودن انرژی دریافتی آن ها را جبران کرده و باعث ایجاد تعادل انرژی مثبت شو. د. این عامل نیز در نهایت می تواند منجر به تجمع و افزایش بافت چربی و اضافه وزن در این افراد گردد به علاوه یکی از دلایل مشاهده چنین یافته هایی ممکن است این باشد که آزمودنی های چاق از کاهش انرژی دریافتی به عنوان یک روش برای مدیریت و کاهش وزن خود استفاده کرده باشند. با این حال نمی توان نقش ژنتیک را نیز در این بین نادیده گرفت. نمونه های آماری از تمامی ۲۶ مدرسه راهنمایی سطح شهر و به صورت تصادفی بر اساس میزان جمعیت هر مدرسه و نسبت آن به کل جمعیت دانش آموزان در هر پایه تحصیلی انتخاب شدند. قد و وزن نوجوانان به

روش استاندارد اندازه گیری و شاخص توده بدنی (Body Mass Index-BMI) محاسبه شد. وضعیت لاغری، اضافه وزن و چاقی بر اساس شاخص توده بدنی برای سن و جنسیت در مقایسه با صدک های استاندارد مرکز (Center for Disease Control 2000-CDC) کنترل بیماری های آمریکا ارزیابی گردید. فعالیت بدنی آزمودنی ها با استفاده از پرسشنامه فعالیت بدنی نوجوانان و الگوی رژیم غذایی شامل انرژی دریافتی و مصرف درشت مغذی ها با استفاده از پرسشنامه بسامد خوراک ارزیابی شد. رفتارهای کم تحرک آزمودنی ها و سطح تحصیلات والدین نیز با استفاده از یک پرسشنامه محقق ساخته ارزیابی شد. شیوع اضافه وزن و چاقی در بین آزمودنی ها به ترتیب ۹/۸ و ۷/۱ درصد بود. ۱۱ / درصد از آزمودنی ها نیز لاغر بودند میانگین سطح فعالیت بدنی آزمودنی های لاغر، نرمال و اضافه وزن چاق به ترتیب ۲/۸۹، ۲/۸۰، ۲/۳۶ می باشد. میانگین کالری دریافتی آزمودنی ها در گروه اضافه وزن چاق، لاغر، نرمال و اضافه وزن چاق به ترتیب ۱۹۹۲، ۱۹۰۹، ۱۹۷۸، کیلو کالری در روز بود. سطح فعالیت بدنی در گروه اضافه وزن چاقی نسبت به گروه لاغر و گروه با وزن طبیعی به طور معنی داری کمتر و میزان تماشای تلویزیون در گروه اضافه وزن چاق نسبت به گروه با وزن طبیعی به طور معنی داری بیشتر بود. هیچ تفاوت معنی داری در انرژی دریافتی و مصرف درشت مغذی ها بین گروه ها مشاهده نشد. این مقادیر در گروه اضافه وزن چاق نسبت به سایر گروه ها، BMI بعد از تعدیل متغیرهای رژیم غذایی بر مبنای هر کیلو گرم وزن بدن و به طور معنی داری کمتر بود. تعداد نوبت های مصرف صبحانه به طور معنی داری در گروه اضافه وزن چاق نسبت به گروه با وزن طبیعی مشاهده شد، همچنین سطح تحصیلات والدین در گروه اضافه BMI کمتر بود. ارتباط مثبت و معنی داری بین سطح تحصیلات والدین و وزن چاق به طور معنی داری نسبت به گروه نرمال بالاتر بود. تفاوتی بین سایر گروه ها مشاهده نشد. (۹۵)

در پژوهشی که توسط ابراهیم مسعودنیا در کشور ایران در سال ۱۳۹۰ به روش توصیفی و در قالب پیمایشی و مقطعی بر روی ۵۳۵ نفر از نوجوانان شاغل به تحصیل در دبیرستانهای شهر یزد به منظور تعیین رابطه بین اعتیاد به اینترنت و بروز اختلال خواب در میان نوجوانان انجام شد نشان میدهد که استفاده آسیب شناختی و افراطی از اینترنت، یک عامل خطر نیرومند برای کیفیت خواب نوجوانان است و خطر اختلال خواب در نوجوانان را افزایش میدهد. بنابراین به منظور کاهش اثرات منفی استفاده بیش از حد از اینترنت بر خواب نوجوانان لازم است که مداخله های رفتاری و شناختی با هدف تغییر الگوهای استفاده از کامپیوتر و اینترنت صورت پذیرد. افراد شرکت کننده در این پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای متناسب، انتخاب شدند. ابزار سنجش تحقیق عبارت بود از آزمون اعتیاد به اینترنت (Internet

addiction test یا IAT) و شاخص کیفیت خواب پیت اسبورگ (Pittsburgh sleep quality index یا PSQI). داده ها با استفاده از آماره های t و رگرسیون سلسله مراتبی چندگانه تحلیل شد. ۲۱/۷ درصد از نوجوانان معتاد به اینترنت بوده اند. و ۵۷/۲ درصد نیز کیفیت خواب نامطلوبی داشتند. کاربران معتاد به اینترنت کیفیت خواب نامطلوب تری (۷۷/۶ درصد) در مقایسه با کاربران عادی (۵۱/۶ درصد) داشتند. تفاوت معنی داری میان کاربران عادی و کاربران معتاد به اینترنت، از نظر کیفیت کلی خواب ($P < 0/01$) و نیز مولفه های کیفیت خواب ذهنی ($P < 0/01$)، نهفتگی خواب ($P < 0/01$) و اختلال در عملکرد روزانه ($P < 0/01$) وجود داشت. (۹۶)

در مطالعه ای که توسط امیر صابر قراملکی و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۸۹_۱۳۸۸ بصورت مقطعی به منظور بررسی الگوی خواب در دانش آموزان ۹_۶ ساله شهر تهران بر روی ۲۷۰ کودک (۱۵۱ دختر و ۱۱۹ پسر) ساکن ۱۲ منطقه ی شهر تهران انجام شد نشان می دهد که طول و کیفیت خواب کودکان مورد بررسی کم تر از مقادیر توصیه شده بود. علاوه بر این ساعت شروع خواب بیش تر کودکان بعد از ساعت ۱۱ شب و ساعت بیدار شدن آن ها بعد از ساعت ۸ صبح بود. کودکانی که سن بالاتری دارند، نیاز به توجه بیشتری دارند؛ چرا که نتایج این مطالعه نشان داد که آن ها دارای طول خواب کمتر و ساعت بیدار شدن زودتری بودند. اطلاعات خواب کودکان به صورت عینی وبا استفاده از دستگاه فعالیت سنج و یک پرسش نامه ی خود گزارش دهی توسط والدین جمع آوری گردید. کودکان مورد مطالعه به طور میانگین در طول شبانه روز ۵۲۴ دقیقه می خوابیدند. هم چنین در طول هفته به طور میانگین شب ها ساعت ۱۱ و ۲۳ دقیقه به خواب می رفتند و صبحها به طور میانگین ساعت ۸ و ۲ دقیقه از خواب بیدار می شدند. کیفیت خواب کودکان $5/6 \pm 83/2$ درصد بود. دختران در مقایسه با پسران دارای کیفیت خواب بهتری در طول ($P < 0/03$) و همچنین روزهای کاری هفته ($P < 0/01$) بودند. ارتباط معنی دار و معکوسی بین سن و طول زمان خواب ($P < 0/03$) وجود داشت. ساعت شروع خواب با سن رابطه ی معنی دار و مستقیم داشت ($P < 0/01$). (۹۷).

در مطالعه ای که توسط رضا سلطانی شال و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۸۸_۱۳۸۹ بصورت نیمه تجربی و مداخله ای با هدف بررسی اثربخشی ورزش بر سلامت عمومی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد بر روی ۴۸ دانشجو (۲۴ دختر و ۲۴ پسر) انجام شد نشان داد که بین گروه های چهارگانه آزمایش و شاهد قبل از مداخله تفاوت معنی داری در سلامت عمومی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی مشاهده نشد. اما بعد از سه ماه

مداخله، تفاوت بین گروه های آزمایش و شاهد در هرسه متغیر از نظر آماری معنی دار بود ($p > 0.05$). این مطالعه نشان داد ورزش عامل اثر بخشی در ارتقای سلامت عمومی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه ورزشی توانسته است به طور معنی داری اضطراب و نشانه های جسمانی، افسردگی، و سلامت عمومی دانشجویان دختر را کاهش دهد و همچنین سبب افزایش کیفیت زندگی، کیفیت خواب و سلامت عمومی دانشجویان پسر شود. با توجه به یافته ها، پیشنهاد شده که دانشجویان به رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی بپردازند و از مسئولین نیز تقاضا شده فضاهای ورزشی و امکانات رفاهی دانشجویی را افزایش دهند. در این مطالعه نیمه تجربی مداخله ای، تعداد ۴۸ دانشجو (۲۴ پسر و ۲۴ دختر) به شیوه نمونه گیری در دسترس در سال ۸۹-۸۸ از میان دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد انتخاب شدند و در چهار گروه (۱۲ دختر و ۱۲ پسر گروه های آزمایش - ۱۲ دختر و ۱۲ پسر گروه های شاهد) به صورت تصادفی قرار گرفتند. دانشجویان گروه های آزمایش قبل و بعد از مدت زمان سه ماه و هر هفته ۳ جلسه ورزش، پرسش نامه های کیفیت خواب پتنبورگ، سلامت عمومی و کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت را تکمیل کردند. داده ها با آزمونهای آماری همبستگی پیرسون، تی و واریانس یک راهه تحلیل شدند.

(۹۸)

در مطالعه ای که توسط شاهین گوهرپی و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۹۳ به روش توصیفی-مقطعی به منظور بررسی ارتباط سطح فعالیت فیزیکی با نمایه توده بدنی در دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپوراهواز بر روی ۱۳۴ نفر از دانشجویان انجام شد نشان میدهد که بیشتر دانشجویان دارای سطح فعالیت فیزیکی در سطح متوسط (۷۰/۱ درصد) و از حجم توده بدنی طبیعی (۷۰/۹ درصد) برخوردار بودند. علاوه رابطه معنی داری بین فعالیت فیزیکی و نمایه توده بدن مشاهده نشد ($r = 0.08$ و $P = 0.34$). در حالی که در مطالعه دوست محمدیان فعالیت بدنی در افراد کم وزن به طور معنی داری بیشتر از افراد چاق بوده است. لذا با توجه به نقش این دانشجویان در سلامت عمومی و با در نظر گرفتن عوارض کم تحرکی پیشنهاد میشود دانشجویان از برنامه هایی منظم و موثر برای بالا بردن سطح فعالیت فیزیکی استفاده نمایند. انتخاب افراد براساس نمونه گیری اسان بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه سطح فعالیت فیزیکی بک بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS و آمار توصیفی جهت محاسبه شاخص های تمایل مرکزی و پراکندگی و آزمون ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شد. (۹۹)

در مطالعه ای که توسط سیده وحیده حسینی و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۹۰ بصورت کیفی با هدف بررسی درک دختران نوجوان و والدینشان از نقش خانواده در شکل گیری رفتار فعالیت بدنی در دختران بر روی بیست و پنج مشارکت کننده شامل دختران نوجوان ۱۰_۱۹ ساله شهر تهران که تجربه ورزش منظم (عادت به ورزش) را حداقل در شش ماه اخیر داشتند، (۱۶ نفر)، مادران (۷ نفر) و پدران (۲ نفر) انجام شد نشان داد که طی تجزیه و تحلیل این پژوهش، مضامینی با عنوان شروع کننده (استعدادیابی، ایجاد علاقه)، تقویت کننده (فراهم کردن، همراهی، تشویق) و نگهدارنده (تلاش به منظور رفع موانع، تلاش برای کسب رضایت عضو مخالف در خانواده) به عنوان نقش خانواده در شکل گیری رفتار فعالیت بدنی در دختران نوجوان به دست آمد. این پژوهش درک بهتری از نحوه تأثیر خانواده بر شکل گیری رفتار فعالیت بدنی دختران نوجوانان فراهم کرد. شناسایی نقش خانواده در این زمینه میتواند به طراحی مداخلات مؤثرتر مبتنی بر خانواده به کارکنان بهداشتی و مربیان تربیت بدنی کمک کند، ضمن اینکه به این وسیله حوزه های مورد نیاز برای تحقیق بیشتر آشکار میشود. خانواده ها با استعدادیابی و ایجاد علاقه، شروع فعالیت بدنی منظم (ورزش) را در نوجوان خود تسهیل کرده و سپس با ایفای نقشهای تقویت کننده و نگهدارنده به تداوم و حفظ فعالیت شکل گرفته شده کمک میکنند. داده ها از طریق مصاحبه های عمیق نیمه ساختاری جمع آوری شد. این نوع مصاحبه به دلیل انعطاف پذیر و عمیق بودن، مناسب پژوهشهای کیفی است. تعدادی سؤال کلی به عنوان راهنمای مصاحبه طراحی شد که به پاسخ باز و تفسیر نیاز داشت. مشارکت کنندگان به روش هدفمند انتخاب شدند و نمونه گیری تا زمان اشباع داده ها یعنی عدم استخراج و ظهور مفهوم جدید از داده ها ادامه پیدا کرد. همزمان با جمع آوری داده ها، مصاحبه های ضبط شده خط به خط پیاده شده سپس برای درک کلی محتوای گفته های مشارکت کنندگان، مطالب چندین بار خوانده شد. واحدهای معنا یا کدهای اولیه استخراج شده و سپس کدها براساس شباهتها، طبقه بندی شد. سعی شد درون طبقات بیشترین همگنی و بین طبقات بیشترین ناهمگونی وجود داشته باشد و هیچ دادهای درون دو طبقه جای نگیرد. (۱۰۰)

در مطالعه ای که توسط سمیه فرد غفوری در کشور ایران در سال ۱۳۹۱ بصورت توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی به منظور بررسی رابطه کیفیت زندگی و میزان فعالیت بدنی در دانش آموزان دختر بر روی ۳۶۶ نفر از دختران دبستانی ۸-۱۲ سال شهر تهران انجام شد نشان میدهد که در این پژوهش ارتباط معنی دار آماری بین تحصیلات والدین و کیفیت زندگی پیدا نشد که مشابه سایر مطالعات است. هم چنین بین میزان فعالیت بدنی در روز و نمره کیفیت زندگی ارتباط

معنی دار آماری یافت نشد. در بررسی انجام شده توسط هارتمن و همکاران در سوئد، ارتباط معنی دار بین افزایش فعالیت بدنی و نمره روانی-اجتماعی کیفیت زندگی یافت شده بود. بین نمره حیطه عملکرد اجتماعی با میزان بازی با رایانه در طول روز ارتباط معنی دار آماری مشاهده شد به صورتی که کودکانی که کمتر از ۱ ساعت در روز با رایانه بازی می کردند نمره عملکرد اجتماعی بالاتری از بقیه افراد داشتند. بین میزان تماشای تلویزیون و نمرات کیفیت زندگی ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد با این حال سایر مطالعات نشان می دهد که کودکانی که زمان بیشتری تلویزیون تماشا می کنند کیفیت زندگی پایین تری دارند. با توجه به نتایج این تحقیق، که نشان دهنده تاثیر استفاده از بازی های رایانه ای بر کیفیت زندگی دختران دانش آموز است، و الگو برداری از این بازی ها می تواند به یادگیری خشونت و رفتارهای ناسالم و نیز مسئله افزایش کم تحرکی و به تبع آن افزایش وزن، مشکلات طبی و جسمانی و حتی انزوای اجتماعی منجر شود، این موضوع به یکی از مهم ترین مسائل سلامت کودکان تبدیل شده و نیازمند توجه فراوان و برنامه ریزی از سوی والدین و مربیان آموزشی است. روش نمونه گیری به صورت چند مرحله ای بود. حجم نمونه ۳۸۴ نفر برآورد شد. برای بررسی کیفیت زندگی در کودکان از پرسش نامه معتبر و استاندارد بین المللی Peds QL ۴,۰ version استفاده شد. علاوه بر آن، یکسری سوالات مربوط به میزان و نحوه فعالیت های بدنی نیز از کودکان پرسیده شد. از آمار توصیفی، نیز آزمون تی و آنالیز واریانس برای تحلیل نتایج استفاده شد. (۱۰۱)

در مطالعه ای که توسط آسیه پرمهر یابنده و همکاران در کشور ایران در مهر و آبان ۱۳۸۸ بصورت توصیفی مقطعی بمنظور بررسی وضعیت تغذیه، برخی عادات غذایی و فعالیت بدنی نوجوانان در بندرعباس بر روی ۲۴۰۰۰ دختر و پسر ۱۸-۱۴ ساله در حال تحصیل در دبیرستان های دولتی شهر بندرعباس انجام شد، نشان داد که شیوع لاغری و اضافه وزن / چاقی به ترتیب ۱۰/۱-۱۴/۵ درصد بود. مدت زمان ورزش در ساعات خارج از مدرسه و تماشای تلویزیون پسران به صورت معنی داری بیش از دختران بود ($p < 0.05$). پسران در مقایسه با دختران قد، وزن و BMI بالاتری داشتند. در بین وعده های اصلی ناهار و از بین میان وعده ها، میان وعده صبح بیشترین فراوانی مصرف را داشتند. دفعات مصرف مواد غذایی گروه لبنیات، میوه و سبزی در مقایسه با توصیه هرم راهنمای غذایی به صورت قابل توجهی کمتر بود. بالاترین میزان مصرف در گروه لبنیات؛ بستنی، در گروه گوشت تخم مرغ، در گروه سبزی ها سیب زمینی و در گروه نان و غلات، نان بود. میزان فعالیت بدنی، مصرف میوه و سبزی با تحصیلات والدین رابطه معنی داری نداشت. اصلاح وضعیت تغذیه با کمک برنامه های آموزشی تغذیه ای و توجه به فعالیتهای ورزشی و مداخله در این زمینه در بین دانش

آموزان دبیرستانی ضروری است. در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۸۰۰ دانش آموز دختر و پسر با استفاده از روش نمونه گیری طبقه ای تصادفی از دبیرستان های دولتی شهر بندرعباس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، بسامد خوراک که روایی و پایایی آن سنجیده شده بود و تعداد وعده و میان وعده روزانه و پرسش نامه فعالیت بدنی بود. اندازه گیریهای تن سنجی شامل قد و وزن بر اساس روش های استاندارد با کمک متر نواری و ترازو و محاسبه نمایه توده (BMI) بدن بود. مقادیر با معیارهای CDC ۲۰۰۰ مقایسه گردید. (۱۰۲)

در مطالعه ای که توسط اکرم صادقیپور در کشور ایران در سال ۱۳۹۱ به روش توصیفی- هم بستگی به منظور بررسی ارتباط فعالیت بدنی با سلامت روان بر روی ۱۶۴۷ نفر از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان نشان داد که سطح فعالیت بدنی این افراد در سطح پایین تری از سطح متوسط بود. سلامت روانی افراد گروه نمونه در وضعیت مناسبی قرار داشت. هم بستگی مثبت و معنی داری بین سطوح فعالیت بدنی ورزش و اوقات فراغت با سلامت روانی وجود داشت. در حالی که بین سطوح فعالیت بدنی کار با سلامت روانی هم بستگی معنی داری قابل مشاهده نبود با توجه به اهمیت فعالیت بدنی در افزایش بهره وری کارکنان یک سازمان و با عنایت به یافته های این پژوهش، افزایش فعالیت های بدنی بیش تر از فعالیت های معمولی کاری در محل کار، ترویج فعالیت بدنی ورزشی و ایجاد شرایط و امکانات ورزشی برای کارکنان و نیز پر کردن اوقات فراغت کارکنان با ورزش ضروری به نظر می رسد. در این مطالعه حجم نمونه آماری بر اساس فرمول $koukran = 332$ نفر محاسبه شد و به روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای متناسب با جامعه ی آماری انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری شامل پرسش نامه ی فعالیت بدنی GHQ با ۱۶ سوال و پرسشنامه ی سلامت روانی Baecke با ۲۸ سوال بود که روایی پرسش نامه ها بر اساس نظرات استادان و محققین و پایایی پرسش نامه از طریق $cronbachs\ alpha$ به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۶ محاسبه گردید. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آماری، آزمون t تک متغیره، تحلیل رگرسیون و ضریب هم بستگی استفاده شد. (۱۰۳)

در مطالعه ای که توسط معصومه بقاییان و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۹۰ بصورت علی-مقایسه ای بمنظور بررسی اثر جنسیت و سطح فعالیت بدنی بر خودپنداره بدنی دانش آموزان دوره راهنمایی تحصیلی بر روی ۴۰۸ دانش آموز دختر و پسر مقطع راهنمایی در دامنه سنی ۱۱ تا ۱۴ سال انجام شد. شرکت کنندگان به صورت خوشه ای تصادفی و از مدارس دولتی موجود در چهار ناحیه شمال، جنوب، شرق و غرب منطقه انتخاب شدند و پرسشنامه مشخصات فردی و پرسشنامه خود-توصیفی بدنی (مارش ۱۹۹۴) که شامل ۱۱ خرده مقیاس بود را تکمیل کردند. در این تحقیق

از آزمون تحلیل واریانس دو عاملی در قالب یک طرح (سطح فعالیت) 2×2 (جنسیت) به منظور تعیین اثر جنسیت و سطح فعالیت بر خودپنداره بدنی و خرده مقیاسهای آن استفاده شد. در این مطالعه اثر اصلی جنسیت و تعامل جنسیت و سطح فعالیت ($P > 0/05$) معنی دار نبود، ولی اثر اصلی سطح فعالیت معنی دار بود. بدین ترتیب که دانش آموزان فعال از خودپنداره بدنی بیش تری در مقایسه با دانش آموزان غیرفعال برخوردار بودند. دانش آموزان دختر در خرده مقیاس قیافه ظاهر و فعالیت از خودپنداره بدنی بهتری نسبت به دانش آموزان پسر برخوردار بودند ($P \geq 0/05$) در حالیکه اثر سطح فعالیت بر خرده مقیاس های هماهنگی، فعالیت، لیاقت ورزشی، قیافه ظاهری، قدرت، انعطاف و استقامت معنی دار بود. ($P \geq 0/01$) و دانش آموزان فعال در خرده مقیاس های مذکور خودپنداره بدنی بهتری نسبت به دانش آموزان غیرفعال داشته اند. نتایج نشان داد مشارکت دانش آموزان در فعالیت های ورزشی منجر به افزایش عوامل جسمانی، ظاهری و روان شناختی می شود، که افزایش خودپنداره بدنی دانش آموزان را بدنبال دارد. بدین ترتیب فراهم آوردن مشارکت همه جانبه دانش آموزان در فعالیت های ورزشی در سطح مدارس به منظور افزایش خودپنداره بدنی ضروری است. (۱۰۴)

در مطالعه ای که توسط فرهاد رحمانی نیا و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۸۸ بروی ۴۸۲ نفر از دانش آموزان ۹ تا ۱۵ ساله مدارس دولتی و غیرانتفاعی شهرستان رشت بمنظور بررسی میزان تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای پسران چاق و کم وزن و رابطه آن با آمادگی جسمانی، سطح فعالیت بدنی و ترکیب بدنی انجام شد. در این پژوهش ۴۸۲ نفر از دانش آموزان ۹ تا ۱۵ ساله مدارس دولتی (۲۸۶ نفر) و غیرانتفاعی (۱۹۶ نفر) در تحقیق شرکت کردند. نمونه گیری در دو مرحله انجام شد؛ در ابتدا نمونه گیری خوشه ای - تصادفی صورت گرفت و تعدادی از مدارس با توجه به موقعیت جغرافیایی انتخاب شدند، سپس دانش آموزان از کلاس های مختلف به صورت تصادفی انتخاب و در تحقیق شرکت داده شدند. قد، وزن و شاخص توده بدنی آزمودنی ها به ترتیب $139 \pm 13/1$ سانتی متر، $32 \pm 14/05$ کیلوگرم و $14/04 \pm 19/85$ کیلوگرم بر مترمربع بود. اطلاعات مربوط به تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای به همراه سطح فعالیت بدنی آزمودنی ها از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. برای تعیین رده های وزنی (چاقی، اضافه وزن، و صدک های آن استفاده شد. علاوه بر این، میزان آمادگی جسمانی با استفاده از Cut off-BMI وزن قابل قبول و کم وزنی) از آزمون ایفرد ارزیابی شد. برای تجزیه و تحلیل یافته ها از ضریب همبستگی کندال، آزمون کروسکال والیس و آزمون من ویتنی استفاده شد نشان داد که بین میزان تماشای تلویزیون و انجام بازی های

رایانه ای در پسران دانش آموز چاق و کم وزن تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0.05$) به طوری که پسران چاق به نسبت پسران کم وزن اوقات بیشتری صرف تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای می کنند. همچنین یافته ها نشان داد بین میزان تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای و سطح فعالیت بدنی، توده چربی، توده بدون چربی و شاخص توده بدنی رابطه معنی داری ($p < 0.05$) وجود دارد. اما بین میزان آمادگی جسمانی و میزان تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای رابطه معنی داری مشاهده نشد. بنابراین می توان نتیجه گرفت که سطوح بالای تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای با اضافه وزن و چاقی در کودکان همراه است و احتمالاً محدود ساختن زمان تماشای تلویزیون و انجام رایانه ای در جلوگیری از افزایش وزن کودکان مفید است. (۱۰۵)

در مطالعه ای که توسط دکتر بختیار ترتیبیان و همکاران در کشور ایران در سال بصورت به منظور ارزیابی سطوح فعالیت بدنی با استفاده از هزینه انرژی روزانه در منطقه شمال غرب کشور بر روی تعداد ۲۷۸۷ نفر از دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۶ سال انجام شد. نمونه ها با استفاده از روش گزینش تصادفی خوشه ای چندمرحله ای انتخاب شدند. قد (سانتیمتر)، وزن (کیلوگرم)، درصد چربی (%)، شاخص توده بدن (کیلوگرم/مترمربع) و هزینه انرژی روزانه (کیلو ژول/کیلوگرم وزن بدن/روز) با استفاده از پرسشنامه ارزیابی سطوح فعالیت بدنی بر مبنای هزینه انرژی روزانه (QAPACE) اندازه گیری شدند. تکرارپذیری پرسشنامه با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد انجام گرفت. همچنین از آزمونهای آماری تی همبسته برای مقایسه متغیرها در مراحل زمانی مختلف، هم بستگی و ضریب هم بستگی پیرسون برای ارزیابی و هم چنین تعیین روائی و (ICC) درون خوشه ای تکرارپذیری اندازه گیری ها استفاده شد. نتایج نشان داد که میزان متوسط هزینه انرژی روزانه با افزایش دامنه سنی تغییری محسوس دارد به طوری که پسران با دامنه سنی ۱۰-۸ سال فعالتر از پسران با دامنه سنی ۱۳-۱۱ و ۱۶-۱۴ سال بودند. به علاوه، در گروه های سنی ۱۰-۸، ۱۳-۱۱ و ۱۶-۱۴ متوسط هزینه انرژی روزانه به ترتیب برابر ۱۳۱، ۱۲۰/۴ و ۱۲۱/۸۵، کیلوژول در کیلوگرم وزن بدن در روز بود که از سطح متوسط نرم بین المللی (در سطح ۵۰ درصد به ترتیب ۱۳۸، ۱۲۴ و ۱۳۶ کیلوژول در کیلوگرم وزن بدن در روز) پایین تر بود. در مجموع، نتایج طرح پژوهشی حاضر نشان می دهد که دانش آموزان در هر سه گروه سنی، نسبت به مقادیر استاندارد هزینه انرژی روزانه از مقادیر پایین هزینه انرژی روزانه برخوردارند و پرسش نامه استفاده شده در پژوهش حاضر از تکرارپذیری مطلوب برای ارزیابی سطوح فعالیت بدنی با استفاده از هزینه انرژی روزانه در پسران ۸ تا ۱۶ سال مدارس منطقه شمال غرب کشور برخوردار می باشد. (۱۰۶)

در مطالعه ای که توسط طیبیه خزاعی و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۸۹ بصورت توصیفی- تحلیلی، بمنظور بررسی الگوی خواب و مشکلات شایع خواب در دانش آموزان ابتدایی شهر بیرجند بر روی ۶۲۰ دانش آموز دبستانی نشان میدهد که شایعترین مشکلات خواب، مقاومت برای رفتن به رختخواب و صحبت کردن در خواب بود که برای پیش گیری از عوارض بعدی نیازمند توجه و پی گیری و درمان است. در این مطالعه توصیفی- تحلیلی، ۶۲۰ دانش آموز دبستانی که بیماری زمینه ای یا مزمن اعصاب و سابقه مصرف داروهای روان گردان نداشتند، با روش نمونه گیری تصادفی چندمرحله ای انتخاب و با استفاده از ابزار ارزیابی اختلال خواب کودکان که توسط والدین دانش آموزان تکمیل میگردد، مورد بررسی قرار گرفتند. (Bear) برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۵) و آزمون های آماری تی و کای دو در سطح معنی داری $p < 0.05$ استفاده شد. از ۶۲۰ دانش آموز، ۳۰۲ نفر پسر ۴۸/۷٪ و ۳۱۸ نفر دختر (۵۱/۳٪) با میانگین سنی 9.08 ± 1 سال بودند. شایع ترین مشکلات خواب، مقاومت برای رفتن به رختخواب (۲۰/۵٪) و صحبت کردن در خواب (۱۱/۱٪) بود. فراوانی نسبی مقاومت در به خواب رفتن، شب ادراری و تنفس صدادار در دانش آموزان پسر و طول مدت خواب کافی، در دانش آموزان دختر بیشتر بود $p < 0.05$ (۱۰۷).

در مطالعه ای که توسط گیتی ازگلی و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۹۲ بصورت توصیفی- مقطعی با هدف تعیین اختلالات خواب در کودکان ۴-۶ ساله، مراجعه کننده به مراکز بهداشتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران بر روی ۴۲۲ کودک مراجعه کننده به مراکز بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی شهر تهران انجام شد. برای تعیین اختلالات خواب، از پرسش نامه عادات خواب کودکان که حاوی ۵ زیرمجموعه است، استفاده گردید. داده ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون مجذور کای تجزیه و تحلیل شدند نتایج نشان داد که بین سن کودک، شاخص توده بدن و وجود سازگاری زناشویی با اختلالات عادات خواب؛ سن کودک، شاخص توده بدن، مصرف مواد مخدر در پدر، خواسته بودن کودک و سازگاری زناشویی با اختلالات رفتار خوابیدن؛ شاخص توده بدن با اختلالات بیدارشدن هنگام شب، همچنین بین شاخص توده بدن، سن مادر و سازگاری زناشویی با اختلال های بیدارشدن کودک هنگام صبح، ارتباط وجود داشت. نمونه گیری به صورت چند مرحله ای و به طریقه مصاحبه توسط مادران صورت گرفت. (۱۰۸)

فصل سوم

روش کار

۳-۱- نوع مطالعه:

این مطالعه مقطعی و تحلیلی است.

۳-۲- جامعه هدف و نمونه مورد مطالعه:

این مطالعه با استفاده از نتایج طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی عوامل مرتبط با خواب کودکان ۶-۳ ساله مهد کودکهای قزوین و ارائه راه کارهای بهداشتی برای ارتقا کیفیت زندگی و پیشگیری از اختلال خواب در کودکان" انجام شد. در مطالعه مذکور تعداد ۱۵ مهدکودک از بین ۳۲ مهد کودک به صورت خوشه ای انتخاب شد و بر اساس جمعیت هر مهد کودک، تعداد نمونه ای که بایستی در هر مهدکودک از کل نمونه مورد نیاز مورد بررسی قرار گیرد تعیین گردید. بعد از بیان اهداف مطالعه و کسب رضایت از مادرانی که مایل به همکاری بودند، راهنمائیهای لازم به مادران داده شده سپس داده ها با استفاده از پرسشنامه توسط پرسشگر به روش مصاحبه با مادر در مهد کودک طی ۳ روز جمع آوری شد. از مجموع ۶۰۰ کودک مورد مطالعه پرسشنامه تعداد ۷۰ نفر به دلایل مختلف از جمله بیمار شدن و تغییر محل سکونت حذف گردید بنابر این تجزیه و تحلیل بر روی ۵۳۰ پرسشنامه انجام و گزارش می شود.

۳-۳- معیار های ورود به مطالعه:

- سن ۳ تا ۶ سال، تکمیل و امضای رضایت نامه آگاهانه توسط والدین کودک در شروع مطالعه
- نداشتن سابقه عمل جراحی، بیماری های مادرزادی، متابولیک و اختلالات روانی
- عدم مصرف دارو
- ساکن بودن در شهر قزوین

۳-۴- ابزار مطالعه:

پرسشنامه دارای ۳ قسمت بود: ۱- اطلاعات دموگرافیک ۲- خواب ۳- فعالیت بدنی

۳-۴-۱- اطلاعات دموگرافیک:

شامل سؤالاتی در مورد سن و جنس کودکان و تحصیلات، شغل و شیفت کاری والدین بود.

۳-۴-۲-خواب:

با سوالاتی در ارتباط با مدت زمان خوابیدن در ۲۴ ساعت، ساعت بخواب رفتن در شب و بیدار شدن در صبح. نحوه به خواب رفتن، مشکلات و عادات خواب کودکان با کمک پرسشنامه BEARS بومی شده، بررسی شد.

۳-۴-۳- فعالیت بدنی:

تعداد روز و مدت ساعت تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، فعالیت های بدنی نشسته و ایستاده هفت روز گذشته کودک با استفاده از پرسش نامه جمع آوری گردید جداول اطلاعات فعالیت بدنی ۷ روز گذشته کودک با استفاده از پرسش نامه بومی سازی شده که شامل تعداد روز تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، بازی نشسته و بازی پر تحرک هم چنین تعداد ساعت تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، بازی نشسته و بازی پر تحرک است و وضعیت هر کدام بر اساس تحصیلات مادر و پدر و شغل مادر و پدر تعیین شده است.

۳-۵- روش های تجزیه و تحلیل آماری داده ها:

پس از ورود اطلاعات به نرم افزار، متغیر های کمی با توزیع نرمال بصورت میانگین و انحراف از معیار و متغیر های کمی که توزیع نرمال نداشتند به صورت میانه و دامنه میان چولگی ارائه گردید و متغیر های کیفی به صورت درصد بیان شده است. از آزمون کای اسکور و تست دقیق فیشر برای تعیین ارتباط بین متغیر های کیفی و برای مقایسه میانگین ها بین دو گروه دختر و پسر با توجه به اینکه توزیع نرمال نداشتند، از آزمون من ویننی و برای ارزیابی هم بستگی دو به دوی متغیر ها از ضریب هم بستگی پیرسون استفاده گردید.

۳-۶- حجم نمونه و روش نمونه گیری:

حجم نمونه با توجه به شیوع مشکلات خواب در کودکان پیش دبستانی برای نسبت ۰/۱ و با دقت ۰/۰۳ با حدود اطمینان ۹۵٪ و ضریب تصحیح ۱,۵ محاسبه شده است.

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 pq}{d^2}, \quad 1 - \alpha = \%95, \quad n = 400$$

پس از اعمال ضریب تصحیح تعداد نمونه مساوی ۶۰۰ می شود.

۳-۷- ملاحظات اخلاقی:

این مطالعه هیچ اقدام مضری به همراه ندارد. ضمن این که در صورت بیماریابی و اقدام به تشخیص و آگاه کردن والدین به منظور درمان می تواند نقش بسزائی در کیفیت زندگی این کودکان و بهبود علائم و عوارض شبانه و روزانه آنها داشته باشد و سرمایه گذاری برای داشتن نسلی سالم و پویا خواهد بود.

فصل چہارم

نتائج

۴-۱- مشخصات پایه کودکان مورد مطالعه

از مجموع ۶۰۰ کودک مورد مطالعه پرسشنامه تعداد ۷۰ نفر حذف گردید. بنابر این تجزیه و تحلیل بر روی ۵۳۰ پرسشنامه انجام شد. از مجموع ۵۳۰ کودک مورد مطالعه ۲۸۳ نفر (۵۳/۴ درصد) پسر و ۲۴۷ نفر (۴۶/۶ درصد) دختر بودند. از نظر گروه سنی ۱۵۱ نفر (۲۸/۴ درصد) در گروه سنی ۳-۴ سال، ۱۷۰ نفر (۳۲ درصد) در گروه سنی ۴-۵ سال و ۲۱۰ نفر (۳۹/۵ درصد) در گروه ۵-۶ سال قرار داشتند. (جدول ۴-۱)

جدول ۴-۱. توزیع فراوانی کودکان مورد مطالعه بر حسب سن و جنس

مجموع	جنس		سن / درصد
	دختر	پسر	
۱۵۱ (۱۰۰٪)	۷۳ (۴۷/۳٪)	۷۸ (۵۱/۷٪)	۳-۴ سال (تعداد درصد)
۱۷۰ (۱۰۰٪)	۸۰ (۴۷/۱٪)	۹۰ (۵۲/۹٪)	۴-۵ سال (تعداد درصد)
۲۰۹ (۱۰۰٪)	۹۴ (۴۵٪)	۱۱۵ (۵۵٪)	۵-۶ سال (تعداد درصد)
۵۳۰ (۱۰۰٪)	۲۴۷ (۴۶/۶٪)	۲۸۳ (۵۳/۴٪)	مجموع (تعداد درصد)

میانگین و انحراف از معیار کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت، ساعت خوابیدن در شب و بیدار شدن در کودکان مورد مطالعه به ترتیب $(۱۰/۲۰ \pm ۰/۹)$ و $(۲۲/۱۰ \pm ۲/۷)$ و $(۹/۲۰ \pm ۱/۰۰۳)$ بود. کودکان ۳-۴ ساله شب‌ها زودتر می‌خوابیدند، صبح دیرتر بیدار می‌شدند و کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت آنها از کودکان ۴-۵ و ۵-۶ ساله بیشتر بود (جدول ۲-۴).

جدول ۲-۴ مقایسه ساعات خواب طی هفته در کودکان مورد مطالعه به تفکیک سن

گروه						متغیر
۵-۶ سال		۴-۵ سال		۳-۴ سال		
انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	
۰.۹	۱۰.۲۰	۰.۹	۱۰.۳۰	۰.۷	۱۱.۰۴	کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت
۲.۷	۲۲.۱	۳.۵	۲۲.۱۴	۳.۱۹	۲۲.۱۲	ساعت خوابیدن در شب (ساعت)
۱.۰۰۳	۹.۲۰	۸.۵۰	۹.۰۵	۱.۰۲	۹.۱۴	ساعت بیداری صبح (ساعت)

میانگین و انحراف از معیار کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت، ساعت خوابیدن در شب و بیدار شدن در روز جمعه در کودکان مورد مطالعه به ترتیب $(۱۰/۴۷ \pm ۰/۹)$ و $(۲۱/۳۳ \pm ۶/۳)$ و $(۹/۲۹ \pm ۱/۱)$ بود. کودکان ۳-۴ ساله شب‌ها زودتر می‌خوابیدند و کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت آنها از کودکان ۴-۵ و ۵-۶ ساله بیش‌تر بود (جدول ۳-۴). هم‌چنین کودکان مورد مطالعه در ایام تعطیل نسبت به ایام عادی کودکان زودتر می‌خوابیدند، صبح دیرتر بیدار می‌شدند و کل ساعات خوابشان نیز بیش‌تر بود.

جدول ۳-۴ مقایسه ساعات خواب ایام تعطیل در کودکان مورد مطالعه به تفکیک سن

مجموع		گروه						متغیر
		۵-۶ سال		۴-۵ سال		۳-۴ سال		
انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	
۰.۹	۱۰.۴۷	۱.۰۱	۱۰.۳۹	۰.۹	۱۰.۳۰	۰.۹	۱۰.۵۹	کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت
۶.۳	۲۱.۳۳	۵.۶	۲۲.۱	۳.۵	۲۲.۱۴	۶.۵	۲۱.۳۴	ساعت خوابیدن در شب(ساعت)
۱.۱	۹.۲۹	۱.۰۹	۹.۳۵	۸.۵۰	۹.۰۵	۱.۱	۹.۲۴	ساعت بیداری صبح (ساعت)

میانگین و انحراف از معیار کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت، ساعت خوابیدن در شب و بیدار شدن در روز های عادی هفته در کودکان مورد مطالعه به ترتیب $(10/37 \pm 1/2)$ و $(23/18 \pm 1/1)$ و $(8/29 \pm 1/1)$ بود. کودکان ۳-۴ ساله شب ها زودتر می خوابیدند، صبح دیرتر بیدار می شدند و کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت آنها از کودکان ۴-۵ و ۵-۶ ساله بیش تر بود (جدول ۴-۴).

جدول ۴-۴ مقایسه ساعات خواب ایام عادی در کودکان مورد مطالعه به تفکیک سن

مجموع		گروه						متغیر
		۵-۶ سال		۴-۵ سال		۳-۴ سال		
انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	انحراف از معیار	میانگین	
۱.۲	۱۰.۳۷	۱.۲	۱۰.۱۰	۱.۲	۱۰.۲۶	۱.۰۴	۱۱.۱۹	کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت
۱.۱	۲۳.۱۸	۰.۹	۲۳.۰۰	۱.۵	۲۳.۱۰	۰.۹	۲۳.۰۰۱	ساعت خوابیدن در شب(ساعت)
۱.۱	۸.۲۹	۱.۱	۸.۳	۱.۱	۸.۱	۱.۲	۸.۳۵	ساعت بیداری صبح(ساعت)

مادران بیش تر کودکان مورد مطالعه (۴۳.۲٪) دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند (جدول ۴-۵) ($p < 0.00$)

جدول ۴-۵. جدول مقایسه تحصیلات مادر کودکان مورد مطالعه بر حسب سن

تحصیلات مادر به تفکیک سن در گروه مطالعه						متغیر
سطح معنی داری	مجموع	لیسانس و بالاتر	دیپلم و فوق دیپلم	سیکل و زیر دیپلم	بی سواد	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۰/۰۰	۱۵۱ (۱۰۰٪)	۷۷ (۵۱٪)	۶۳ (۷۴٪)	۸ (۳٫۵٪)	۳ (۰٫۲٪)	۳-۴ سال
	۱۶۷ (۱۰۰٪)	۷۸ (۷۴٫۴۶٪)	۶۷ (۴۰٫۱٪)	۱۶ (۹٫۶٪)	۶ (۳٫۶٪)	۴-۵ سال
	۲۰۷ (۱۰۰٪)	۷۰ (۳۳٫۸٪)	۹۷ (۴۶٫۹٪)	۳۲ (۱۵٫۵٪)	۸ (۳٫۹٪)	۵-۶ سال
	۵۲۵ (۱۰۰٪)	۲۲۵ (۴۲٫۹٪)	۲۲۷ (۴۳٫۲٪)	۵۶ (۱۰٫۷٪)	۱۷ (۳٫۲٪)	مجموع

پدر بیش تر کودکان مورد مطالعه (۴۷.۴٪) دارای تحصیلات لیسانس و بالاتر بودند ($p < ۰/۰۱$) (جدول ۴-۶)

جدول ۴-۶. جدول مقایسه تحصیلات پدر کودکان مورد مطالعه به تفکیک سن

متغیر	تحصیلات پدر به تفکیک سن در گروه مطالعه				
	بیسواد	سیکل و زیر دیپلم	دیپلم و فوق دیپلم	لیسانس و بالاتر	مجموع
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
۳-۴ سال	۳ (۲۰٪)	۱۲ (۸۰٪)	۵۳ (۳۵.۶٪)	۸۱ (۵۴.۴٪)	۱۴۹ (۱۰۰٪)
۴-۵ سال	۲ (۱۰.۲٪)	۱۶ (۹.۸٪)	۷۰ (۴۲.۷٪)	۷۶ (۴۶.۳٪)	۱۶۴ (۱۰۰٪)
۵-۶ سال	۶ (۲۰.۹٪)	۳۳ (۱۵.۷٪)	۷۸ (۳۸.۲٪)	۸۸ (۴۳.۱٪)	۲۰۴ (۱۰۰٪)
مجموع	۱۱ (۲۰.۱٪)	۶۰ (۱۱.۶٪)	۲۰۱ (۳۸.۹٪)	۲۴۵ (۴۷.۴٪)	۵۱۷ (۱۰۰٪)

مادر اکثر کودکان مورد مطالعه (۴۹.۴٪) خانه دار بودند. ($p < ۰/۰۱$) (جدول ۷-۴)

جدول ۷-۴. جدول مقایسه شغل مادر کودکان مورد مطالعه برحسب سن

شغل مادر به تفکیک سن در گروه مورد مطالعه						متغیر
سطح معنی داری	مجموع	کارکن مستقل	کارمند عالی رتبه	کارمند	خانه دار	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۰/۰۰۱	۱۵۱ (۱۰۰٪)	۱۱۲ (۷۹٪)	۵ (۳.۳٪)	۷۵ (۴۹.۷٪)	۵۹ (۳۹.۱٪)	۳-۴ سال
	۱۶۶ (۱۰۰٪)	۸ (۴.۸٪)	۶ (۳.۶٪)	۷۵ (۴۵.۲٪)	۷۷ (۴۶.۴٪)	۴-۵ سال
	۲۰۷ (۱۰۰٪)	۹ (۴.۳٪)	۴ (۱.۹٪)	۷۱ (۳۴.۳٪)	۱۲۳ (۵۹.۴٪)	۵-۶ سال
	۵۲۴ (۱۰۰٪)	۲۹ (۵.۵٪)	۱۵ (۲.۹٪)	۲۲۱ (۴۲.۲٪)	۲۵۹ (۴۹.۴٪)	مجموع

تفاوت معنی داری در شغل پدر کودکان مورد مطالعه به تفکیک گروه سنی مشاهده نشد. و بیش تر پدران (۴۵.۳٪) کارمند بودند. (جدول ۸-۴)

جدول ۸-۴. جدول مقایسه شغل پدر به تفکیک سن در کودکان مورد مطالعه

متغیر	شغل پدر به تفکیک سن در گروه مورد مطالعه				
	بیکار	کارمند	کارمند عالی رتبه	کارکن مستقل	مجموع
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
۳-۴ سال	۳۹.۱۰٪	۴۹.۷۱٪	۱۵.۶۳٪	۳۴.۷۵٪	۱۴۷.۱۰۰٪
۴-۵ سال	۶.۱٪	۴۰.۶۳٪	۱۹.۴۳۰٪	۳۹.۴۶۱٪	۱۵۵.۱۰۰٪
۵-۶ سال	۲.۴٪	۴۵.۸۹۳٪	۱۲.۳۲۵٪	۳۹.۹۸۱٪	۲۰۳.۱۰۰٪
مجموع	۱.۵٪	۴۵.۳۲۲۹٪	۱۵.۴۷۸٪	۳۸.۲۱۹۳٪	۵۰۵.۱۰۰٪

مادر بیش تر کودکان مورد مطالعه (۴۹.۳٪) خانه دار بودند. و (۳۵.۸٪) مادران شاغل ، صبح کار بودند. (جدول ۹-۴) .
($p < 0.01$)

جدول ۹-۴. جدول مقایسه شیفت کاری مادر در کودکان مورد مطالعه به تفکیک سن

متغیر	شیفت کاری مادر به تفکیک سن در گروه مورد مطالعه						سطح معنا داری
	خانه دار	صبح	عصر	شب	چرخشی	دوشیفت	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۳-۴ سال	۵۹ (۳۹.۱٪)	۶۲ (۴۱.۱٪)	۴ (۲.۶٪)	۰ (۰٪)	۱۸ (۱۱.۹٪)	۸ (۵.۳٪)	۱۵۱ (۱۰۰٪)
۴-۵ سال	۷۴ (۴۶.۰٪)	۶۵ (۴۰.۴٪)	۲ (۱.۲٪)	۱ (۰.۶٪)	۱۳ (۸.۱٪)	۶ (۳.۷٪)	۱۶۱ (۱۰۰٪)
۵-۶ سال	۱۲۳ (۵۹.۴٪)	۵۹ (۲۸.۵٪)	۲ (۱.۰٪)	۱ (۰.۵٪)	۱۶ (۷.۷٪)	۶ (۲.۹٪)	۲۰۷ (۱۰۰٪)
مجموع	۲۵۶ (۴۹.۳٪)	۱۸۶ (۳۵.۸٪)	۸ (۱.۵٪)	۲ (۰.۴٪)	۴۷ (۹.۱٪)	۲۰ (۳.۹٪)	۵۱۹ (۱۰۰٪)

از نظر شیفت کاری ، (۴۴.۹٪) پدر کودکان مورد مطالعه صبح کار بودند. (جدول ۱۰-۴)

جدول ۱۰-۴. جدول مقایسه شیفت کاری پدر به تفکیک سن در کودکان مورد مطالعه

شیفت کاری پدر به تفکیک سن در گروه مورد مطالعه								متغیر
سطح معنی داری	مجموع	دوشیفت	چرخشی	شب	عصر	صبح	بیکار	
	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	
۰/۲	۱۳۹ (٪۱۰۰)	۵۳ (٪۳۸.۱)	۲۱ (٪۱۵.۱)	۰ (٪۰)	۰ (٪۰)	۶۵ (٪۴۶.۸)	۰ (٪۰)	۳-۴ سال
	۱۵۲ (٪۱۰۰)	۴۷ (٪۳۰.۹)	۳۶ (٪۲۳.۷)	۲ (٪۱.۳)	۳ (٪۲)	۶۳ (٪۴۱.۴)	۱ (٪۷)	۴-۵ سال
	۱۹۲ (٪۱۰۰)	۴۴ (٪۲۲.۹)	۵۲ (٪۲۷.۱)	۳ (٪۱)	۲ (٪۱)	۸۹ (٪۴۶.۴)	۳ (٪۱/۶)	۵-۶ سال
مجموع		۱۴۴ (٪۲۹.۸)	۱۰۹ (٪۲۲.۶)	۴ (٪۰.۸)	۵ (٪۱)	۲۱۷ (٪۴۴.۹)	۴ (٪۰.۸)	

تفاوت معنی داری بین زمان تولد در کودکان مورد مطالعه به تفکیک سن مشاهده نشد و (۷۶.۳٪) کودکان در موعد تعیین شده بدنیا آمدند. ($p > ۰/۰۵$) (جدول ۱۱-۴).

جدول ۱۱-۴. زمان تولد کودکان مورد مطالعه به تفکیک سن

زمان تولد به تفکیک سن در گروه مورد مطالعه					متغیر
سطح معنی داری	مجموع	بعد موعد	قبل موعد	سر موعد	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
۰/۹	۱۵۰ (٪۱۰۰)	۶ (٪۴)	۳۰ (٪۲۰)	۱۱۴ (٪۷۶)	۳-۴ سال
	۱۶۴ (٪۱۰۰)	۴ (٪۴,۲)	۳۴ (٪۲۰,۲)	۱۲۶ (٪۸۷,۶)	۴-۵ سال
	۲۰۰ (٪۱۰۰)	۸ (٪۴)	۴۰ (٪۲۰)	۱۵۲ (٪۷۶)	۵-۶ سال
مجموع		۱۸ (٪۵,۳)	۱۰۴ (٪۲۰,۲)	۳۹۲ (٪۸۳,۷۶)	

کودکانی که مادر آن ها خانه دار بود، بطور معنی داری نسبت به سایرین دیرتر از خواب برمی خواستند ($P < 0/00$). هم چنین زمان کلی خواب در کودکانی که مادر آن ها خانه دار بود نسبت به سایرین بطور معنی داری بیشتر بود ($P < 0/005$) (جدول ۱۲-۴).

جدول ۱۲-۴. مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	شغل	متغیر خواب
	پایین سطح	بالای سطح				
$F=4/2$ $df=3$ $p<0/005$	۱۱.۰۲	۱۰.۴۰	۰.۹	۱۰.۵۱	خانه دار	کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت
	۱۰.۳۵	۱۰.۱۲	۰.۸	۱۰.۲۳	کارمند	
	۱۱.۱۵	۱۰.۱۴	۰.۹	۱۰.۲۵	کارمند عالی رتبه	
	۱۰.۵۸	۱۰.۳۰	۰.۹	۱۰.۲۴	کارکن مستقل	
	۱۰.۴۵	۱۰.۲۹	۰.۹	۱۰.۳۷	مجموع	
$F=1/4$ $df=3$ $p<0/2$	۲۲.۲۶	۲۱.۴۳	۳.۴۷	۲۲.۲۴	خانه دار	ساعت خوابیدن در شب
	۲۳.۰۷	۲۲.۰۶	۲.۵۶	۲۲.۳۴	کارمند	
	۲۴.۰۹	۲۰.۴۸	۲.۸۹	۲۲.۰۹	کارمند عالی رتبه	
	۲۳.۳۱	۲۰.۲۰	۴.۱۷	۲۱.۳۶	کارکن مستقل	
	۲۲.۳۰	۲۲.۱۶	۳.۱۶	۲۲.۰۳	مجموع	
$F=19/1$ $df=3$ $p<0/00$	۹.۱۶	۹.۳۲	۱.۰۰۲	۹.۰۴	خانه دار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح
	۸.۵۴	۸.۲۹	۰.۹	۸.۴	کارمند	
	۹.۱۹	۸.۱۱	۰.۹	۸.۲	کارمند عالی رتبه	
	۹.۴۴	۹.۱۶	۰.۹	۹.۱	کارکن مستقل	
	۹.۲۴	۹.۰۷	۱.۰۰۳	۸.۷	مجموع	

در جامعه آماری مورد مطالعه کودکانی که مادرانشان تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند بطور معناداری دیرتر از خواب برمی خواستند ($P < 0.007$) (جدول ۱۳-۴).

جدول ۱۳-۴. مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر

متغیر خواب	تحصیلات	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ سطح اطمینان		آزمون آماری
				پایین سطح	بالای سطح	
کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت	بیسواد	۱۰.۳۹	۱.۰۸	۱۰.۲۳	۱۱.۳۵	F= ۰/۳ df= ۳ p<۰/۷
	سیکل وزیر دیپلم	۱۰.۳۸	۰.۹	۱۰.۱۵	۱۱.۰۲	
	دیپلم و فوق	۱۰.۴۱	۰.۹	۱۰.۲۹	۱۰.۵۳	
	لیسانس و بالاتر	۱۰.۳۲	۰.۸	۱۰.۲۱	۱۰.۴۴	
	مجموع	۱۰.۳۷	۰.۹	۱۰.۲۹	۱۰.۴۵	
ساعت خوابیدن در شب	بیسواد	۲۳.۰۷	۰.۷	۲۲.۲۵	۲۳.۰۸	F= ۱/۶ df= ۳ p<۰/۱
	سیکل وزیر دیپلم	۲۲.۰۰	۳.۵	۲۱.۱۱	۲۲.۵۰	
	دیپلم و فوق	۲۲.۲۱	۳.۴	۲۱.۳۷	۲۲.۲۵	
	لیسانس و بالاتر	۲۲.۳۳	۲.۷	۲۲.۳۷	۲۳.۰۹	
	مجموع	۲۲.۰۳	۳.۱	۲۲.۱۷	۲۲.۳۰	
ساعت بیدار شدن از خواب در صبح	بیسواد	۸.۳۵	۱.۰۴	۸.۲۱	۹.۲۹	F= ۴/۱ df= ۳ p<۰/۰۰۷
	سیکل وزیر دیپلم	۹.۳۶	۰.۸	۹.۱۳	۹.۱۹	
	دیپلم و فوق	۹.۲۶	۱.۰۴	۹.۱۳	۹.۳۹	
	لیسانس و بالاتر	۹.۰۱	۱.۰۱	۸.۴۸	۹.۱۴	
	مجموع	۹.۲۵	۱.۰۲	۹.۰۶	۹.۲۴	

از نظر ارتباط شیفت کاری مادر با ساعات خواب کودک، کل ساعت خواب در کودکانی که مادرشان شب کار بود بطور معنی داری بیشتر بود ($P < 0.003$). در مادرانی که شب کار بوده یا شیفت چرخشی داشتند کودکان در ساعات دیرتری می خوابیدند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. کودکانی که مادرشان خانه دار یا عصر کار بود صبح ها دیرتر از خواب بیدار می شدند و این تفاوت از نظر آماری معنی داری بود ($P < 0.005$) (جدول ۱۴-۴).

جدول ۱۴-۴. مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب شیفت کاری مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شیفت کاری مادر	متغیر خواب
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=3/7$ $df= 5$ $p<0.003$	۱۱.۰۴	۱۰.۴۲	۰.۹	۱۰.۵۳	۲۷۰	خانه دار	کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت
	۱۰.۳۴	۱۰.۱۱	۰.۸	۱۰.۲۲	۱۹۳	صبح	
	۱۱.۳۳	۱۰.۰۵	۰.۷	۱۰.۲۹	۸	عصر	
	۱۳.۰۵	۹.۲۴	۰.۲	۱۱.۱۵	۲	شب	
	۱۰.۵۳	۱۰.۳۱	۱.۰۷	۱۰.۲۲	۴۹	چرخشی	
	۱۰.۵۱	۱۰.۰۹	۰.۹	۱۰.۱۰	۲۲	دوشیفت	
	۱۰.۴۵	۱۰.۳۰	۰.۹	۱۰.۲۷	۵۴۴	مجموع	
$F= 0/3$ $df= 5$ $p<0/9$	۲۲.۳۰	۲۱.۴۸	۳.۳	۲۲.۲۹	۲۶۹	خانه دار	ساعت خوابیدن در شب
	۲۲.۵۸	۲۲.۱۷	۲.۸	۲۲.۱۸	۱۹۲	صبح	
	۲۵.۲۸	۱۹.۱۰	۳.۹	۲۲.۳۹	۸	عصر	
	۳۱.۴۸	۱۳.۰۶	۱.۰۲	۲۲.۲۷	۲	شب	
	۲۳.۱۰	۲۱.۴۵	۲.۸	۲۲.۲۷	۴۹	چرخشی	
	۲۳.۴۳	۲۱.۲۹	۲.۴	۲۲.۲۶	۲۲	دوشیفت	
	۲۲.۳۱	۲۲.۱۹	۳.۱	۲۲.۰۵	۵۴۲	مجموع	
$F= ۱۳/۵$ $df= ۵$ $p<0/۰۰$	۹.۱۷	۹.۳۴	۰.۹	۹.۰۵	۲۶۷	خانه دار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح
	۸.۵۳	۸.۲۵	۰.۹	۸.۳۹	۱۹۲	صبح	
	۱۰.۵۸	۹.۳۱	۰.۹	۱۰.۱۵	۸	عصر	
	۹.۰۱	۶.۲۳	۰.۱	۷.۴۲	۲	شب	
	۹.۳۱	۸.۳۹	۰.۸	۹.۰۵	۴۹	چرخشی	
	۹.۳۱	۸.۱۵	۰.۷	۸.۴۸	۲۲	دوشیفت	
	۹.۳۵	۹.۰۷	۱.۰۲	۹.۱۶	۵۴۰	مجموع	

کودکانی که پدر بی سواد داشتند دیرتر از سایرین به خواب می رفتند و زمان کل خواب هم در آن ها بیش تر بود ولی از نظر آماری معنی دار نبود. (جدول ۱۵-۴)

جدول ۱۵_۴ مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات پدر

متغیر خواب	تحصیلات پدر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ سطح اطمینان		آزمون آماری
					پایین سطح	بالای سطح	
کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت	بیسواد	۱۱	۱۱.۰۸	۱.۱	۱۰.۳۱	۱۲.۲۵	F=۲/۴ df= ۳ p<۰/۶
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۱۰.۳۵	۰.۹	۱۰.۱۰	۱۰.۵۹	
	دیپلم و فوق	۲۱۲	۱۰.۳۷	۰.۸	۱۰.۲۵	۱۰.۴۹	
	لیسانس و بالاتر	۲۵۵	۱۰.۳۴	۰.۸	۱۰.۲۳	۱۰.۴۴	
	مجموع	۵۴۲	۱۰.۳۷	۰.۹	۱۰.۲۹	۱۰.۴۴	
ساعت خوابیدن در شب	بیسواد	۱۱	۲۲.۴۸	۰.۹	۲۲.۲۲	۲۳.۱۳	F= ۱/۲ df= ۳ p<۰/۲
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۲۲.۳۶	۲.۷	۲۲.۰۶	۲۳.۰۶	
	دیپلم و فوق	۲۱۱	۲۲.۱۶	۳.۴	۲۹.۲۱	۲۲.۲۳	
	لیسانس و بالاتر	۲۵۴	۲۲.۲۶	۲.۸	۲۲.۳۱	۲۳.۰۱	
	مجموع	۵۴۰	۲۲.۰۸	۳.۰۸	۲۲.۲۲	۲۲.۳۴	
ساعت بیدار شدن از خواب در صبح	بیسواد	۱۱	۹.۱۰	۱.۲	۸.۲۹	۹.۵۱	F= ۲ df= ۳ p<۰/۱
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۹.۳۲	۰.۹	۹.۰۸	۹.۱۷	
	دیپلم و فوق	۲۱۰	۹.۲۵	۱.۰۲	۹.۱۱	۹.۳۹	
	لیسانس و بالاتر	۲۵۳	۹.۰۶	۰.۹	۸.۵۴	۹.۱۸	
	مجموع	۵۳۸	۹.۱۷	۱.۰۰۶	۹.۰۸	۹.۲۵	

در جامعه آماری مورد مطالعه بین شیفت کاری پدر و کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت کودک ارتباط معنی داری مشاهده شد بطوریکه کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت در کودکانی که پدران بیکار داشتند بیشتر بود. ($P < 0.03$) (جدول ۱۶-۴)

جدول ۱۶_۴ مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب شیفت کاری پدر

متغیر خواب	شیفت کاری پدر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ سطح اطمینان		آزمون آماری
					پایین سطح	بالای سطح	
کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت	بیکار	۸	۱۱.۲۹	۱.۰۷	۱۰.۳۹	۱۲.۱۹	$F=2/3$ $df=5$ $p<0.03$
	صبح	۲۳۰	۱۰.۲۷	۰.۹	۱۰.۱۵	۱۰.۳۹	
	عصر	۶	۱۱.۰۷	۰.۷	۱۰.۲۳	۱۱.۵۱	
	شب	۴	۱۱.۲۷	۰.۷	۱۰.۰۰۷	۱۲.۵۴	
	چرخشی	۱۱۲	۱۰.۴۸	۰.۸	۱۰.۳۱	۱۱.۰۴	
	دوشیفت	۱۴۸	۱۰.۴۰	۰.۸	۱۰.۲۶	۱۰.۵۴	
	مجموع	۵۰۸	۱۰.۳۸	۰.۹	۱۰.۳۰	۱۰.۴۵	
ساعت خوابیدن در شب	بیکار	۸	۲۳.۱۲	۱.۰۲	۲۲.۲۶	۲۴.۳۸	$F=0.4$ $df=5$ $p<0.7$
	صبح	۲۳۰	۲۲.۲۰	۲.۸	۲۲.۲۳	۲۲.۵۸	
	عصر	۶	۲۲.۰۶	۴.۱	۱۷.۲۷	۲۴.۰۵	
	شب	۴	۲۳.۰۵	۰.۵	۲۲.۲۵	۲۴.۲۴	
	چرخشی	۱۱۲	۲۲.۲۵	۳.۳	۲۱.۲۴	۲۲.۴۷	
	دوشیفت	۱۴۷	۲۲.۰۸	۳.۱	۲۱.۵۶	۲۳.۰۰	
	مجموع	۵۰۷	۲۲.۱۱	۳.۰۵	۲۲.۲۴	۲۲.۳۷	
ساعت بیدار شدن از خواب در صبح	بیکار	۸	۹.۱۶	۰.۵	۸.۲۸	۹.۲۵	$F=1/2$ $df=5$ $p<0.2$
	صبح	۲۳۰	۹.۱۰	۱.۰۶	۸.۵۷	۹.۲۴	
	عصر	۶	۹.۴۶	۱.۱	۸.۳۰	۱۱.۰۲	
	شب	۴	۹.۵۲	۱.۶	۷.۲۴	۱۲.۲۰	
	چرخشی	۱۱۲	۹.۲۳	۱.۰۲	۹.۰۴	۹.۰۲	
	دوشیفت	۱۴۶	۹.۱۳	۰.۹	۸.۵۸	۹.۲۸	
	مجموع	۵۰۶	۹.۱۶	۱.۰۱	۹.۰۷	۹.۲۴	

در جامعه آماری مورد مطالعه کودکانی که مادرشان تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشت، دیرتر از خواب بر می خواستند. ($P < 0/01$) (جدول ۱۷-۴)

جدول ۱۷_۴ مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر

متغیر خواب	تحصیلات مادر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ سطح اطمینان		آزمون آماری
					پایین سطح	بالای سطح	
کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت	بیسواد	۱۷	۱۱.۰۰	۱.۵	۱۰.۳۰	۱۲.۱۹	$F=۲/۴$ $df=۳$ $p<0/06$
	سیکل وزیر دیپلم	۶۲	۱۰.۳۳	۱.۲	۱۰.۰۱	۱۱.۰۴	
	دیپلم و فوق	۲۴۳	۱۰.۴۷	۱.۲	۱۰.۳۱	۱۱.۰۲	
	لیسانس و بالاتر	۲۳۱	۱۰.۲۸	۱.۱	۱۰.۱۳	۱۰.۴۳	
	مجموع	۵۵۳	۱۰.۳۹	۱.۲	۱۰.۲۹	۱۰.۴۹	
ساعت خوابیدن در شب	بیسواد	۱۷	۲۲.۵۰	۰.۷	۲۲.۰۹	۲۳.۳۰	$F=0/۸$ $df=۳$ $p<0/4$
	سیکل وزیر دیپلم	۶۱	۲۳.۰۹	۰.۹	۲۲.۴۳	۲۳.۳۴	
	دیپلم و فوق	۲۴۲	۲۳.۲۹	۱.۳	۲۳.۰۱	۲۳.۳۷	
	لیسانس و بالاتر	۲۳۰	۲۳.۲۶	۰.۹	۲۳.۱۴	۲۳.۳۸	
	مجموع	۵۵۰	۲۳.۲۰	۱.۱	۲۳.۱۰	۲۳.۳۰	
ساعت بیدار شدن از خواب در صبح	بیسواد	۱۷	۸.۱۴	۱.۱	۷.۵۳	۹.۱۵	$F=۳/6$ $df=۳$ $p<0/01$
	سیکل وزیر دیپلم	۶۱	۸.۴۷	۱.۰۱	۸.۲۱	۹.۱۳	
	دیپلم و فوق	۲۴۰	۸.۴۶	۱.۲	۸.۳۰	۹.۰۱	
	لیسانس و بالاتر	۲۳۰	۸.۱۳	۱.۱	۸.۲۷	۸.۲۸	
	مجموع	۵۴۸	۸.۳۱	۱.۱	۸.۲۱	۸.۴۱	

در کودکان مورد مطالعه، زمان کل خواب کودکانی که مادر خانه دار داشتند بطور معنی داری بیشتر بود ($p < 0.01$)، همچنین کودکانی که مادرشان کارکن مستقل بود دیرتر از خواب برمی خواستند (جدول ۱۸-۴) ($P < 0.001$)

جدول ۱۸-۴. مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل مادر	متغیر خواب
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=2/5$ $df=3$ $p<0.01$	۱۲.۰۰	۱۰.۴۰	۱.۲	۱۰.۵۵	۲۷۶	خانه دار	کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت
	۱۰.۳۶	۱۰.۰۷	۱.۱	۱۰.۲۱	۲۳۱	کارمند	
	۱۱.۲۳	۹.۴۲	۱.۲	۱۰.۱۳	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۱۱.۲۱	۱۰.۳۴	۱.۱	۱۰.۳۸	۳۰	کارکن مستقل	
	۱۰.۴۹	۱۰.۲۹	۱.۲	۱۰.۳۹	۵۵۲	مجموع	
$F=0.8$ $df=3$ $p<0.04$	۲۳.۳۷	۲۳.۰۵	۱.۳	۲۳.۲۱	۲۷۴	خانه دار	ساعت خوابیدن در شب
	۲۳.۲۷	۲۳.۰۴	۰.۹	۲۳.۲۶	۲۳۰	کارمند	
	۲۳.۳۴	۲۲.۱۲	۱.۰۹	۲۳.۱۳	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۲۳.۴۶	۲۳.۱۵	۰.۹	۲۳.۱۱	۳۰	کارکن مستقل	
	۲۳.۳۰	۲۳.۱۰	۱.۱	۲۳.۱۰	۵۴۹	مجموع	
$F=25/4$ $df=3$ $p<0.001$	۹.۲۱	۸.۵۴	۱.۰۹	۹.۰۸	۲۷۳	خانه دار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح
	۸.۰۲	۸.۱۱	۱.۱	۸.۲۶	۲۲۹	کارمند	
	۸.۱۹	۷.۲۰	۰.۹	۸.۱۰	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۹.۲۲	۸.۴۴	۱.۰۳	۹.۲۳	۳۰	کارکن مستقل	
	۸.۴۲	۸.۲۲	۱.۱	۸.۳۲	۵۴۷	مجموع	

در جامعه آماری مورد مطالعه بین ساعت بیدار شدن از خواب کودک و شیفت کاری مادر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوری که کودکانی که مادر آنها عصر کار بود، دیرتر از خواب برمی خواستند ($p < 0/00$)، هم چنین زمان کلی خواب کودکانی که مادر آنها شب کار بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود ($P < 0/007$) (جدول ۱۹-۴).

جدول ۱۹-۴. مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب شیفت کاری مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شیفت کاری مادر	متغیر خواب
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=3/2$ $df= 5$ $p<0/007$	۱۱.۱۴	۱۰.۴۴	۱.۲	۱۰.۵۹	۲۷۳	خانه دار	کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت
	۱۰.۳۹	۱۰.۰۸	۱.۰۹	۱۰.۲۴	۱۹۳	صبح	
	۱۰.۳۶	۹.۳۳	۰.۶	۱۰.۲۵	۸	عصر	
	۱۱.۰۰	۱۱.۰۰	۰.۰۰	۱۱.۰۰	۲	شب	
	۱۰.۵۱	۱۰.۱۳	۱.۳	۱۰.۱۲	۴۹	چرخشی	
	۱۱.۰۶	۹.۵۶	۱.۲	۱۰.۱۱	۲۲	دوشیفت	
	۱۰.۴۹	۱۰.۲۹	۱.۲	۱۰.۳۹	۵۴۷	مجموع	
$F= 1/03$ $df= 5$ $p<0/3$	۲۳.۳۸	۲۳.۱۵	۰.۹	۲۳.۲۷	۲۷۱	خانه دار	ساعت خوابیدن در شب
	۲۳.۳۰	۲۳.۰۴	۰.۹	۲۳.۱۷	۱۹۲	صبح	
	۲۴.۳۵	۲۲.۴۷	۱.۱	۲۳.۴۱	۸	عصر	
	۲۴.۲۶	۲۰.۰۷	۰.۳	۲۳.۲۵	۲	شب	
	۲۳.۰۳	۲۲.۵۴	۰.۸	۲۳.۱۸	۴۹	چرخشی	
	۲۳.۱۵	۲۲.۲۱	۱.۰۶	۲۳.۰۸	۲۲	دوشیفت	
	۲۳.۳۱	۲۳.۱۵	۰.۹	۲۳.۲۳	۵۴۴	مجموع	
$F= 16/8$ $df= 5$ $p<0/00$	۹.۲۲	۸.۵۶	۱.۰۸	۹.۰۹	۲۶۹	خانه دار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح
	۸.۰۸	۸.۰۶	۱.۱	۸.۲۳	۱۹۲	صبح	
	۱۰.۲۷	۹.۲۰	۰.۸	۹.۵۳	۸	عصر	
	۱۰.۳۲	۳.۵۷	۰.۳	۷.۲۵	۲	شب	
	۸.۵۶	۸.۳۷	۱.۰۲	۸.۲۷	۴۹	چرخشی	
	۸.۲۶	۷.۵۹	۰.۷	۸.۳۳	۲۲	دوشیفت	
	۸.۴۲	۸.۲۲	۱.۱	۸.۳۲	۵۴۲	مجموع	

بین زمان کلی خواب کودک در ایام عادی هفته با سطح تحصیلات پدر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوری که کودکانی که پدر بی سواد داشتند مدت زمان بیشتری می خوابیدند ($p < 0/004$) (جدول ۲۰-۴)

جدول ۲۰-۴. مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات پدر

متغیر خواب	تحصیلات پدر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ سطح اطمینان		آزمون آماری
					پایین سطح	بالای سطح	
کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت	بیسواد	۱۱	۱۱.۵۹	۱.۰۹	۱۱.۲۵	۱۲.۳۳	F=۴/۴ df=۳ p<۰/۰۰۴
	سیکل وزیر دیپلم	۶۵	۱۰.۵۴	۱.۳	۱۰.۲۰	۱۱.۲۹	
	دیپلم و فوق	۲۱۳	۱۰.۲۹	۱.۱	۱۰.۱۳	۱۰.۴۵	
	لیسانس و بالاتر	۲۵۶	۱۰.۳۶	۱.۱	۱۰.۲۲	۱۰.۵۱	
	مجموع	۵۴۵	۱۰.۳۸	۱.۲	۱۰.۲۸	۱۰.۴۸	
ساعت خوابیدن در شب	بیسواد	۱۱	۲۲.۲۷	۰.۹	۲۲.۰۱	۲۲.۳۳	F= ۱/۴ df= ۳ p<۰/۲
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۲۳.۲۴	۰.۹	۲۳.۰۰	۲۳.۰۸	
	دیپلم و فوق	۲۱۱	۲۳.۲۶	۰.۹	۲۳.۱۳	۲۳.۳۹	
	لیسانس و بالاتر	۲۵۶	۲۳.۲۵	۰.۹	۲۳.۱۴	۲۳.۳۶	
	مجموع	۵۴۲	۲۳.۲۴	۰.۹	۲۳.۱۶	۲۳.۳۲	
ساعت بیدار شدن از خواب در صبح	بیسواد	۱۱	۸.۴۰	۱.۳	۷.۵۲	۹.۲۹	F= ۱/۶ df= ۳ p<۰/۱
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۸.۵۸	۱.۰۳	۸.۲۲	۹.۲۴	
	دیپلم و فوق	۲۱۰	۸.۳۸	۱.۱	۸.۲۲	۸.۵۴	
	لیسانس و بالاتر	۲۵۵	۸.۲۳	۱.۱	۸.۰۹	۸.۳۸	
	مجموع	۵۴۰	۸.۳۳	۱.۱	۸.۲۳	۸.۳۰	

بین زمان خوابیدن کودک در شب و شغل پدر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوری که پدرانی که کارکن مستقل بودند کودکانشان در ساعات دیرتری در شب به خواب می رفتند ($p < 0/05$) و همچنین کودکانی که پدرشان بیکار بود، صبح ها دیرتر از خواب بر می خواستند ($p < 0/04$) (جدول ۴-۲۱)

جدول ۴-۲۱. مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل پدر	متغیر خواب
	بالای سطح	پایین سطح					
$F=2/06$ $df=3$ $p<0/1$	۱۲.۵۲	۱۰.۱۶	۱.۴	۱۱.۱۴	۷	بیکار	کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت
	۱۰.۴۷	۱۰.۷	۱.۱	۱۰.۳۲	۲۴۵	کارمند	
	۱۰.۵۶	۱۰.۰۳	۱.۱	۱۰.۳۰	۸۰	کارمند عالی رتبه	
	۱۱.۰۹	۱۰.۳۴	۱.۲	۱۰.۵۲	۱۹۹	کارکن مستقل	
	۱۰.۵۰	۱۰.۳۰	۱.۲	۱۰.۴۰	۵۳۱	مجموع	
$F=2/4$ $df=3$ $p<0/05$	۲۴.۰۷	۲۲.۱۸	۱.۲	۲۳.۳۲	۷	بیکار	ساعت خوابیدن در شب
	۲۳.۲۸	۲۳.۰۵	۰.۹	۲۳.۱۷	۲۴۵	کارمند	
	۲۳.۳۸	۲۲.۵۷	۰.۹	۲۳.۱۷	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۲۳.۱۳	۲۳.۲۷	۰.۹	۲۳.۰۰	۱۹۷	کارکن مستقل	
	۲۳.۳۴	۲۳.۱۸	۰.۹	۲۳.۲۶	۵۲۸	مجموع	
$F=2/7$ $df=3$ $p<0/04$	۹.۲۳	۸.۱۸	۰.۵	۹.۱۱	۷	بیکار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح
	۸.۳۹	۸.۰۶	۱.۲	۸.۲۳	۲۴۵	کارمند	
	۸.۴۷	۸.۳۳	۱.۱	۸.۲۰	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۹.۰۶	۸.۲۷	۱.۰۴	۸.۵۱	۱۹۵	کارکن مستقل	
	۸.۴۴	۸.۲۳	۱.۱	۸.۳۴	۵۲۶	مجموع	

بین کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت کودک در ایام عادی و شیفت کاری پدر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوری که پدرانی که شب کار بودند کودکانشان مدت خواب طولانی تری داشتند. ($P < 0.02$) (جدول ۲۲-۴)

جدول ۲۲-۴ مقایسه ساعات خواب ایام عادی هفته کودکان مورد مطالعه بر حسب شیفت کاری پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شیفت کاری پدر	متغیر خواب
	بالای سطح	پایین سطح					
$F=2/6$ $df= 5$ $p<0.02$	۱۲.۳۵	۹.۶۴	۱.۶	۱۱.۰۰	۸	بیکار	کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت
	۱۰.۴۴	۱۰.۱۲	۱.۲	۱۰.۲۸	۲۳۰	صبح	
	۱۳.۰۵	۹.۵۱	۱.۴	۱۱.۰۸	۶	عصر	
	۱۳.۲۷	۱۱.۲۷	۰.۶	۱۲.۲۷	۴	شب	
	۱۱.۱۵	۱۰.۲۹	۱.۲	۱۰.۵۲	۱۱۳	چرخشی	
	۱۰.۵۸	۱۰.۲۱	۱.۱	۱۰.۳۹	۱۴۸	دوشیفت	
	۱۰.۵۰	۱۰.۲۹	۱.۲	۱۰.۴۰	۵۰۹	مجموع	
$F= 0.3$ $df= 5$ $p<0.8$	۲۴.۳۲	۲۲.۰۷	۱.۱۰	۲۳.۰۰	۸	بیکار	ساعت خوابیدن در شب
	۲۳.۳۶	۲۳.۱۴	۰.۸	۲۳.۲۵	۲۳۰	صبح	
	۲۴.۲۳	۲۲.۲۶	۰.۹	۲۳.۲۵	۶	عصر	
	۲۳.۵۴	۲۲.۳۵	۰.۵	۲۳.۱۵	۴	شب	
	۲۳.۳۶	۲۳.۰۱	۰.۹	۲۳.۱۹	۱۱۳	چرخشی	
	۲۳.۰۳	۲۳.۱۰	۱.۰۲	۲۳.۲۷	۱۴۸	دوشیفت	
	۲۳.۳۳	۲۳.۱۷	۰.۹	۲۳.۲۵	۵۰۹	مجموع	
$F= 1/5$ $df= 5$ $p<0.1$	۹.۱۱	۸.۱۳	۰.۵	۹.۰۲	۸	بیکار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح
	۸.۴۱	۸.۰۸	۱.۲	۸.۲۵	۲۳۰	صبح	
	۱۱.۱۶	۸.۲۳	۱.۴	۹.۳۰	۶	عصر	
	۱۱.۵۹	۶.۴۰	۱.۶	۹.۰۰	۴	شب	
	۹.۰۴	۸.۲۰	۱.۱	۸.۴۲	۱۱۳	چرخشی	
	۸.۴۵	۸.۱۰	۱.۰۶	۸.۲۷	۱۴۷	دوشیفت	
	۸.۴۲	۸.۲۱	۱.۱	۸.۳۲	۵۰۸	مجموع	

بین زمان بیدار شدن کودک از خواب در روز جمعه و سطح تحصیلات مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معنی داری مشاهده شد بطوری که کودکانی که مادران با تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند دیرتر از خواب برمی خواستند ($P < 0.006$) (جدول ۲۳-۴).

جدول ۲۳_۴ مقایسه ساعات خواب روز جمعه کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	تحصیلات مادر	متغیر خواب
	بالای سطح	پایین سطح					
$F=1/5$ $df=3$ $p<0/2$	۱۱.۰۲	۹.۳۷	۱.۲	۱۰.۰۰	۱۷	بیسواد	کل ساعات خواب در روز جمعه
	۱۱.۱۸	۱۰.۳۱	۰.۹	۱۰.۵۵	۶۱	سیکل وزیر دیپلم	
	۱۱.۰۲	۱۰.۳۷	۱.۰۰۱	۱۰.۵۰	۲۴۱	دیپلم و فوق	
	۱۰.۵۸	۱۰.۳۴	۰.۹	۱۰.۴۶	۲۳۱	لیسانس و بالاتر	
	۱۰.۵۵	۱۰.۳۹	۰.۹	۱۰.۴۷	۵۵۰	مجموع	
$F=1/5$ $df=3$ $p<0/2$	۲۳.۳۵	۲۲.۴۶	۰.۸	۲۳.۳۱	۱۷	بیسواد	ساعت خوابیدن در شب جمعه
	۲۳.۴۳	۱۹.۱۹	۷.۱	۲۱.۰۱	۶۱	سیکل وزیر دیپلم	
	۲۳.۲۳	۲۰.۰۸	۶.۸	۲۱.۳۶	۲۴۱	دیپلم و فوق	
	۲۲.۰۲	۲۱.۱۸	۵.۵	۲۲.۳۰	۲۳۰	لیسانس و بالاتر	
	۲۲.۳۰	۲۱.۳۵	۶.۲	۲۱.۳۷	۵۴۹	مجموع	
$F=4/1$ $df=3$ $p<0/006$	۹.۰۵	۸.۱۲	۰.۹	۸.۵۸	۱۷	بیسواد	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح جمعه
	۱۰.۲۴	۹.۲۷	۱.۱	۹.۵۵	۶۱	سیکل وزیر دیپلم	
	۹.۵۱	۹.۲۲	۱.۱	۹.۳۷	۲۴۱	دیپلم و فوق	
	۹.۳۶	۹.۰۶	۱.۱	۹.۲۱	۲۳۰	لیسانس و بالاتر	
	۹.۳۹	۹.۲۰	۱.۱	۹.۳۰	۵۴۹	مجموع	

بین زمان کلی خواب کودک در روز جمعه و شغل مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد به طوری که کودکانی که مادرشان خانه دار بودند بیشترین زمان خواب را داشتند ($P < 0/03$) هم چنین کودکانی که مادر خانه دار داشتند در روز جمعه دیرتر از خواب بر می خواستند ($p < 0/00$) (جدول ۲۴-۴)

جدول ۲۴_۴ مقایسه ساعات خواب روز جمعه کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل مادر	متغیر خواب
	بالای سطح	پایین سطح					
F=۲/۹ df= ۳ p<0/0۳	۱۱.۱۱	۱۰.۴۷	۰.۹	۱۰.۵۹	۲۷۳	خانه دار	کل ساعات خواب در روز جمعه
	۱۰.۴۸	۱۰.۲۴	۰.۹	۱۰.۳۶	۲۳۱	کارمند	
	۱۱.۳۷	۱۰.۰۲	۰.۸	۱۰.۵۰	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۱۱.۰۱	۱۰.۲۵	۱.۰۱	۱۰.۲۳	۳۰	کارکن مستقل	
	۱۰.۵۵	۱۰.۳۹	۰.۹	۱۰.۴۷	۵۴۹	مجموع	
F= ۱/۹ df= ۳ p<0/۱	۲۲.۱۷	۲۰.۱۴	۶.۸	۲۰.۹۶	۲۷۲	خانه دار	ساعت خوابیدن در شب جمعه
	۲۳.۱۱	۲۱.۳۷	۵.۱	۲۲.۰۴	۲۳۱	کارمند	
	۲۴.۲۵	۱۸.۴۱	۵.۸	۲۲.۰۳	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۲۳.۰۰	۱۶.۵۹.	۸.۵	۲۰.۲۰	۳۰	کارکن مستقل	
	۲۲.۳۰	۲۰.۸۴	۶.۲	۲۱.۳۷	۵۴۸	مجموع	
F= ۷/۰۱ df= ۳ p<0/۰۰	۱۰.۰۴	۹.۳۶	۱.۱	۹.۵۰	۲۷۲	خانه دار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح جمعه
	۹.۲۱	۹.۳۳	۱.۰۷	۹.۰۷	۲۳۱	کارمند	
	۱۰.۰۱	۸.۳۱	۱.۱	۹.۳۶	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۱۰.۲۸	۹.۰۶	۱.۰۹	۹.۴۷	۳۰	کارکن مستقل	
	۹.۴۰	۹.۲۱	۱.۱	۹.۳۰	۵۴۸	مجموع	

بین زمان کلی خواب کودک در روز جمعه و شیفت کاری مادر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوری که کودکانی که مادرشان شب کار بودند بیشترین ساعت خواب را داشتند ($p < 0/01$) و هم چنین بین ساعت بیدار شدن کودکان از خواب در روز جمعه و شیفت کاری مادر ارتباط معنی داری مشاهده شد به طوری که کودکانی که مادر عصر کار داشتند دیرتر از خواب بیدار می شدند ($p < 0/00$). (جدول ۲۵-۴)

جدول ۲۵_۴ مقایسه ساعات خواب روز جمعه کودکان مورد مطالعه بر حسب شیفت کاری مادر

متغیر خواب	شیفت کاری مادر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ سطح اطمینان		آزمون آماری
					پایین سطح	بالای سطح	
کل ساعات خواب در روز جمعه	خانه دار	۲۷۰	۱۱.۰۰	۰.۹	۱۰.۴۸	۱۱.۱۱	F=۲/۷ df= ۵ p<0/01
	صبح	۱۹۳	۱۰.۳۲	۰.۹	۱۰.۱۸	۱۰.۴۵	
	عصر	۸	۱۱.۱۸	۰.۸	۱۰.۱۰	۱۱.۴۷	
	شب	۲	۱۱.۵۰	۰.۷	۵.۱۴	۱۸.۲۵	
	چرخشی	۴۹	۱۰.۴۵	۰.۹	۱۰.۱۸	۱۱.۱۲	
	دوشیفت	۲۲	۱۰.۲۲	۰.۹	۹.۸۱	۱۱.۰۳	
	مجموع	۵۴۴	۱۰.۴۸	۰.۹	۱۰.۳۹	۱۰.۵۶	
ساعت خوابیدن در شب جمعه	خانه دار	۲۶۹	۲۱.۳۹	۶.۸	۲۰.۱۷	۲۲.۲۱	F= ۰/۴ df= ۵ p<0/07
	صبح	۱۹۳	۲۲.۲۲	۵.۸	۲۱.۳۰	۲۲.۵۵	
	عصر	۸	۲۱.۱۲	۸.۰۱	۱۴.۰۲	۲۷.۴۲	
	شب	۲	۲۱.۵۰	۲.۱	۲.۴۴	۴۰.۵۵	
	چرخشی	۴۹	۲۲.۲۷	۵.۴	۲۰.۳۱	۲۳.۴۴	
	دوشیفت	۲۲	۲۲.۲۵	۴.۸	۲۰.۱۱	۲۴.۳۸	
	مجموع	۵۴۳	۲۱.۳۸	۶.۲	۲۱.۱۵	۲۲.۲۱	
ساعت بیدار شدن از خواب در صبح جمعه	خانه دار	۲۶۹	۹.۵۲	۱.۱	۹.۳۹	۱۰.۰۶	F= ۵/۵ df= ۵ p<0/00
	صبح	۱۹۳	۹.۰۵	۱.۰۸	۹.۳۰	۹.۲۱	
	عصر	۸	۱۰.۰۶	۱.۰۸	۹.۱۵	۱۱.۳۷	
	شب	۲	۸.۵۰	۰.۷	۲.۱۴	۱۵.۲۵	
	چرخشی	۴۹	۹.۱۲	۱.۰۹	۹.۲۱	۹.۴۴	
	دوشیفت	۲۲	۹.۰۹	۰.۹	۹.۰۶	۹.۵۱	
	مجموع	۵۴۳	۹.۳۱	۱.۱	۹.۲۱	۹.۴۰	

بین زمان کل خواب , زمان لازم برای به خواب رفتن در شب و زمان بیدار شدن از خواب در صبح در روز جمعه و سطح تحصیلات پدر ارتباط معناداری مشاهده نشد. (جدول ۲۶-۴)

جدول ۲۶_۴ مقایسه ساعات خواب روز جمعه کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات پدر

متغیر خواب	سطح تحصیلات پدر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	۹۵٪ سطح اطمینان		آزمون آماری
					پایین سطح	بالای سطح	
کل ساعات خواب در روز جمعه	بیسواد	۱۱	۱۱.۰۹	۱.۴	۱۰.۰۹	۱۲.۰۸	$F=1/5$
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۱۰.۳۲	۱.۰۸	۱۰.۰۵	۱۰.۵۹	$df=3$
	دیپلم و فوق	۲۱۲	۱۰.۵۶	۰.۹	۱۰.۴۳	۱۱.۰۹	$p<0/2$
	لیسانس و بالاتر	۲۵۵	۱۰.۴۲	۰.۹	۱۰.۳۱	۱۰.۵۴	
	مجموع	۵۴۲	۱۰.۴۷	۰.۹	۱۰.۳۹	۱۰.۵۵	
ساعت خوابیدن در شب جمعه	بیسواد	۱۱	۲۳.۱۲	۱.۱	۲۲.۳۷	۲۳.۴۸	$F=1/3$
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۲۲.۳۹	۵.۵	۲۱.۰۱	۲۳.۳۷	$df=3$
	دیپلم و فوق	۲۱۲	۲۱.۱۷	۷.۰۷	۲۰.۲۲	۲۲.۱۳	$p<0/2$
	لیسانس و بالاتر	۲۵۴	۲۲.۱۸	۵.۷	۲۱.۰۷	۲۲.۵۰	
	مجموع	۵۴۱	۲۱.۴۳	۶.۲	۲۱.۳۰	۲۲.۳۶	
ساعت بیدار شدن از خواب در صبح جمعه	بیسواد	۱۱	۹.۰۰	۱.۳	۸.۱۱	۱۰.۲۸	$F=1/7$
	سیکل وزیر دیپلم	۶۴	۹.۳۵	۱.۰۷	۹.۰۸	۱۰.۰۲	$df=3$
	دیپلم و فوق	۲۱۲	۹.۴۲	۱.۱	۹.۲۷	۹.۵۷	$p<0/1$
	لیسانس و بالاتر	۲۵۴	۹.۲۱	۱.۰۶	۹.۰۸	۹.۳۴	
	مجموع	۵۴۱	۹.۳۱	۱.۰۹	۹.۲۱	۹.۴۰	

در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معنی داری بین زمان کل خواب، زمان لازم برای به خواب رفتن در شب و زمان بیدار شدن از خواب در صبح در روز جمعه و شغل پدر مشاهده نشد. (جدول ۲۷-۴)

جدول ۲۷-۴ مقایسه ساعات خواب روز جمعه کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل پدر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=1/2$ $df=3$ $p<0/3$	۱۲.۳۴	۱۰.۰۲	۱.۲	۱۱.۱۸	۷	بیکار	کل ساعات خواب در روز جمعه
	۱۰.۵۱	۱۰.۲۸	۰.۹	۱۰.۴۰	۲۴۴	کارمند	
	۱۱.۱۰	۱۰.۲۲	۱.۰۶	۱۰.۴۶	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۱۱.۱۰	۱۰.۴۲	۱.۰۰۷	۱۰.۵۶	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۱۰.۵۶	۱۰.۳۹	۰.۹	۱۰.۴۷	۵۲۸	مجموع	
$F=2/4$ $df=3$ $p<0/06$	۲۴.۵۳	۲۲.۴۶	۱.۱	۲۳.۵۰	۷	بیکار	ساعت خوابیدن در شب جمعه
	۲۳.۱۲	۲۱.۴۶	۵.۰۰۶	۲۲.۰۹	۲۴۳	کارمند	
	۲۳.۲۸	۲۰.۰۰۷	۶.۴۲	۲۱.۴۴	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۲۲.۰۰	۱۹.۵۱	۷.۴۸	۲۰.۵۵	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۲۲.۳۷	۲۱.۳۰	۶.۲	۲۱.۴۳	۵۲۷	مجموع	
$F=2/2$ $df=3$ $p<0/07$	۱۰.۲۸	۸.۴۰	۰.۸	۹.۱۴	۷	بیکار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح جمعه
	۹.۳۳	۹.۰۶	۱.۰۷	۹.۲۰	۲۴۳	کارمند	
	۹.۵۷	۹.۰۶	۱.۱	۹.۳۲	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۱۰.۰۳	۹.۳۱	۱.۱	۹.۴۷	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۹.۴۱	۹.۲۲	۱.۱	۹.۳۲	۵۲۷	مجموع	

بین ساعات خواب کودک در روز جمعه و شیفت کاری پدر ارتباط معناداری مشاهده نشد (جدول ۲۸-۴)

جدول ۲۸-۴ مقایسه ساعات خواب روز جمعه در کودکان مورد مطالعه بر حسب شیفت کاری پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شیفت کاری پدر	
	بالای سطح	پایین سطح					
$F=1/04$ $df=5$ $p<0/3$	۱۲,۲۷	۱۰,۰۰۴	۱,۱	۱۱,۳۳	۸	بیکار	کل ساعات خواب در روز جمعه
	۱۰,۵۳	۱۰,۲۶	۱,۰۲	۱۰,۴۰	۲۳۰	صبح	
	۱۱,۳۶	۱۰,۰۹	۰,۶	۱۰,۳۳	۶	عصر	
	۱۳,۳۶	۹,۱۸	۱,۳	۱۱,۲۷	۴	شب	
	۱۱,۱۷	۱۰,۳۹	۱,۰۲	۱۰,۵۸	۱۱۲	چرخشی	
	۱۱,۰۳	۱۰,۳۴	۰,۸	۱۰,۴۸	۱۴۸	دوشیفت	
	۱۰,۵۶	۱۰,۳۹	۰,۹	۱۰,۴۷	۵۰۸	مجموع	
$F=0/4$ $df=5$ $p<0/7$	۲۴,۱۴	۲۲,۳۵	۱,۰۶	۲۳,۲۵	۸	بیکار	ساعت خوابیدن در شب جمعه
	۲۲,۴۴	۲۱,۳۲	۵,۸	۲۲,۰۸	۲۳۰	صبح	
	۲۹,۴۰	۱۱,۱۶	۸,۸	۲۰,۰۸	۶	عصر	
	۲۴,۵۴	۲۳,۳۵	۰,۵	۲۴,۱۵	۴	شب	
	۲۲,۳۰	۲۰,۱۹	۶,۶	۲۱,۰۴	۱۱۲	چرخشی	
	۲۲,۴۰	۲۰,۳۱	۶,۳	۲۱,۳۶	۱۴۷	دوشیفت	
	۲۲,۰۱	۲۱,۳۳	۶,۱	۲۱,۴۷	۵۰۷	مجموع	
$F=0/8$ $df=5$ $p<0/5$	۱۰,۰۷	۸,۴۵	۰,۷	۹,۰۶	۸	بیکار	ساعت بیدار شدن از خواب در صبح جمعه
	۹,۴۱	۹,۱۲	۱,۱	۹,۲۷	۲۳۰	صبح	
	۱۱,۰۳	۸,۲۳	۱,۳	۱۰,۰۳	۶	عصر	
	۱۳,۲۸	۸,۰۱	۱,۶	۱۰,۲۵	۴	شب	
	۹,۵۵	۹,۱۴	۱,۱	۹,۳۴	۱۱۲	چرخشی	
	۹,۴۵	۹,۱۱	۱,۰۲	۹,۲۸	۱۴۷	دوشیفت	
	۹,۳۹	۹,۲۰	۱,۰۹	۹,۳۰	۵۰۷	مجموع	

مدت زمان بازی روزانه کودکانی که مادر بیسواد داشتند به طور معنی داری بیش تر بود. ($p < 0.04$) (جدول ۲۹-۴)

جدول ۲۹-۴. مقایسه مدت زمان بازی روزانه کودک بر حسب سطح تحصیلات مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	سطح تحصیلات مادر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=2/3$	۵.۳۸	۴.۲۸	۱.۰۳	۴.۴۳	۱۶	بیسواد	بازی روزانه
$df=3$	۴.۰۸	۳.۵۷	۰.۹	۴.۲۳	۵۹	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.07$	۴.۳۹	۴.۱۶	۰.۸	۴.۲۷	۲۳۴	دیپلم و فوق	
	۴.۳۴	۴.۱۱	۰.۸	۴.۲۳	۲۱۹	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۴	۴.۱۹	۰.۹	۴.۲۶	۵۲۸	مجموع	
$F=2/7$	۵.۰۲	۴.۲۵	۱.۰۹	۴.۴۳	۱۶	بیسواد	زمان بازی
$df=3$	۴.۱۷	۳.۵۴	۱.۲	۴.۲۶	۵۹	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.04$	۴.۰۳	۴.۱۱	۱.۲	۴.۲۷	۲۳۳	دیپلم و فوق	
	۴.۲۲	۳.۵۵	۱.۰۲	۴.۰۸	۲۱۹	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۱	۴.۱۱	۱.۱	۴.۲۱	۵۲۷	مجموع	

بین مدت زمان بازی روزانه کودک و سطح تحصیلات پدر ارتباط معناداری مشاهده نشد. (جدول ۳۰-۴)

جدول ۳۰-۴. مقایسه ی مدت زمان بازی روزانه کودک بر حسب سطح تحصیلات پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	سطح تحصیلات پدر	
	بالای سطح	پایین سطح					
$F=3$	۵.۰۷	۳.۲۸	۱.۳	۴.۱۸	۱۱	پیسواد	بازی روزانه
$df= ۰/۶$	۴.۲۲	۴.۱۰	۱.۰۲	۴.۳۶	۶۲	سیکل وزیر دیپلم	
$p<۰/۵$	۴.۳۸	۴.۱۲	۰.۹	۴.۲۵	۲۰۳	دیپلم و فوق	
	۴.۳۶	۴.۱۶	۰.۸	۴.۲۶	۲۴۴	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۵	۴.۲۰	۰.۸	۴.۲۸	۵۲۰	مجموع	
$F= ۰/۹$	۵.۱۵	۳.۰۳	۱.۵	۴.۰۹	۱۱	پیسواد	زمان بازی روزانه
$df= ۳$	۴.۳۲	۴.۰۷	۱.۲	۴.۰	۶۲	سیکل وزیر دیپلم	
$p<۰/۴$	۴.۳۲	۳.۵۹	۱.۱	۴.۱۵	۲۰۳	دیپلم و فوق	
	۴.۳۵	۴.۰۸	۱.۰۴	۴.۲۱	۲۴۳	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۲	۴.۱۲	۱.۱	۴.۲۲	۵۱۹	مجموع	

ارتباط معناداری بین مدت زمان بازی کودک و شغل مادر مشاهده نشد. (جدول ۳۱-۴)

جدول ۳۱-۴. مقایسه مدت زمان بازی کودک بر حسب شغل مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل مادر	
	پایین سطح	بالای سطح					
F=۳	۴.۳۴	۴.۱۱	۰.۹	۴.۲۳	۲۶۷	خانه دار	زمان بازی روزانه
df= ۳	۴.۰۲	۴.۲۰	۰.۸	۴.۳۱	۲۱۸	کارمند	
p<۰/۷	۴.۳۷	۳.۳۵	۰.۹	۴.۲۶	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۱۴	۳.۴۸	۰.۸	۴.۲۱	۲۷	کارکن مستقل	
	۴.۳۴	۴.۱۹	۰.۹	۴.۲۶	۵۲۷	مجموع	
F= ۱/۲	۴.۰۴	۴.۱۴	۱.۲	۴.۲۹	۲۶۶	خانه دار	زمان بازی
df= ۳	۴.۲۴	۳.۵۶	۱.۰۶	۴.۱۰	۲۱۸	کارمند	
p<۰/۳	۵.۰۲	۳.۳۷	۱.۱	۴.۰۰	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۲۸	۳.۴۱	۱.۰۹	۴.۲۵	۲۷	کارکن مستقل	
	۴.۳۱	۴.۱۱	۱.۱	۴.۲۱	۵۲۶	مجموع	

بین شغل پدر ومدت زمان بازی روزانه کودک ارتباط معناداری مشاهده نشد. (جدول ۳۲-۴)

جدول ۳۲-۴. مقایسه مدت زمان بازی کودک بر حسب شغل پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل پدر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=۰/۱$	۵.۲۴	۳.۲۶	۱.۰۶	۴.۲۵	۷	بیکار	بازی روزانه
$df=۳$	۴.۳۸	۴.۱۷	۰.۸	۴.۲۷	۲۳۳	کارمند	
$p<۰/۹$	۴.۰۰۱	۴.۰۳	۰.۸	۴.۲۲	۷۸	کارمند عالی رتبه	
	۴.۰۳	۴.۱۵	۰.۹	۴.۲۹	۱۸۹	کارکن مستقل	
	۴.۳۵	۴.۱۹	۰.۸	۴.۲۷	۵۰۷	مجموع	
$F=۰/۲$	۴.۵۹	۳.۲۳	۰.۹	۴.۱۱	۷	بیکار	زمان بازی
$df=۳$	۴.۰۱	۴.۱۲	۱.۱	۴.۲۷	۲۳۲	کارمند	
$p<۰/۲$	۴.۰۵	۳.۵۸	۱.۰۲	۴.۲۲	۷۸	کارمند عالی رتبه	
	۴.۳۵	۴.۰۰	۱.۲	۴.۱۸	۱۸۹	کارکن مستقل	
	۴.۳۲	۴.۱۲	۱.۱	۴.۲۲	۵۰۶	مجموع	

تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات مادرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری نسبت به سایرین بیشتر بود.

($P < 0.03$) (جدول ۳۳-۴)

جدول ۳۳-۴. مقایسه تعداد روز فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	سطح تحصیلات مادر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=1/7$	۴.۹۶	۴.۴۰	۰.۵	۴.۶۸	۱۹	بیسواد	تعداد روز تماشای تلویزیون
$df=3$	۴.۴۵	۳.۸۷	۱.۱	۴.۱۶	۶۱	سیکل وزیر دیپلم	
$P < 0.1$	۴.۴۲	۴.۱۷	۰.۹	۴.۳۰	۲۴۳	دیپلم و فوق	
	۴.۳۳	۴.۰۸	۰.۹	۴.۲۰	۲۲۱	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۴	۴.۱۷	۰.۹	۴.۲۶	۵۴۴	مجموع	
$F=1/9$	۲.۵۵	۱.۸۶	۰.۷	۲.۲۱	۱۹	بیسواد	تعداد روز بازی با رایانه
$df=3$	۲.۵۲	۲.۱۴	۰.۷	۲.۳۳	۶۳	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.1$	۲.۵۰	۲.۲۹	۰.۸	۲.۴۰	۲۴۵	دیپلم و فوق	
	۲.۶۵	۲.۴۱	۰.۹	۲.۵۳	۲۲۱	لیسانس و بالاتر	
	۲.۵۱	۲.۳۶	۰.۸	۲.۴۴	۵۴۸	مجموع	
$F=4/6$	۴.۷۲	۳.۳۸	۱.۳	۴.۰۵	۱۹	بیسواد	تعداد روز بازی نشسته
$df=3$	۴.۰۴	۳.۶۱	۰.۸	۳.۸۲	۶۳	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.03$	۴.۲۳	۳.۹۹	۰.۹	۴.۱۱	۲۴۳	دیپلم و فوق	
	۴.۴۰	۴.۱۷	۰.۸	۴.۲۹	۲۲۲	لیسانس و بالاتر	
	۴.۲۲	۴.۰۷	۰.۹	۴.۱۵	۵۴۷	مجموع	
$F=1/7$	۴.۸۴	۳.۷۸	۱.۱	۴.۳۱	۱۹	بیسواد	تعداد روز بازی ایستاده و پرتحرک
$df=3$	۴.۰۹	۳.۶۱	۰.۹	۳.۸۵	۶۲	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.1$	۴.۰۰۱	۳.۷۷	۰.۸	۳.۸۸	۲۴۳	دیپلم و فوق	
	۳.۹۴	۳.۷۱	۰.۸	۳.۸۳	۲۲۲	لیسانس و بالاتر	
	۳.۹۵	۳.۸۰	۰.۸	۳.۸۷	۵۴۶	مجموع	

تعداد روز بازی با رایانه و تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات پدرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری به ترتیب با ($p < 0.008$) و ($p < 0.02$) از سایر کودکان بیشتر بود (جدول ۳۴-۴)

جدول ۳۴-۴. تعداد روز فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	سطح تحصیلات پدر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=0.7$	۵.۲۹	۳.۹۳	۱.۱	۴.۶۱	۱۳	بیسواد	تعداد روز تماشای تلویزیون
$df=3$	۴.۴۷	۳.۹۶	۱.۰۴	۴.۲۲	۶۷	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.5$	۴.۴۱	۴.۱۵	۰.۹	۴.۲۸	۲۰۷	دیپلم و فوق	
	۴.۳۵	۴.۱۲	۰.۹	۴.۲۳	۲۴۹	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۴	۴.۱۸	۰.۹	۴.۲۶	۵۳۶	مجموع	
$F=3.9$	۲.۴۸	۱.۸۱	۰.۵	۲.۱۵	۱۳	بیسواد	تعداد روز بازی با رایانه
$df=3$	۲.۳۴	۲.۰۶	۰.۵	۲.۲۰	۶۸	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.08$	۲.۵۱	۲.۲۹	۰.۸	۲.۴۰	۲۱۱	دیپلم و فوق	
	۲.۶۸	۲.۴۴	۰.۹	۲.۵۶	۲۴۸	لیسانس و بالاتر	
	۲.۵۱	۲.۳۷	۰.۸	۲.۴۴	۵۴۰	مجموع	
$F=3.2$	۴.۸۲	۲.۸۶	۱.۳	۳.۸۴	۱۳	بیسواد	تعداد روز بازی نشسته
$df=3$	۴.۱۱	۳.۷۰	۰.۸	۳.۹۱	۶۸	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.02$	۴.۲۶	۴.۰۰۴	۰.۹	۴.۱۳	۲۰۹	دیپلم و فوق	
	۴.۳۶	۴.۱۵	۰.۸	۴.۲۶	۲۴۹	لیسانس و بالاتر	
	۴.۲۳	۴.۰۷	۰.۹	۴.۱۵	۵۳۹	مجموع	
$F=0.7$	۴.۹۲	۳.۳۷	۱.۲۸	۴.۱۵	۱۳	بیسواد	تعداد روز بازی ایستاده و پرتحرک
$df=3$	۴.۲۳	۳.۷۳	۱.۰۲	۳.۹۸	۶۸	سیکل وزیر دیپلم	
$p < 0.5$	۳.۹۹	۳.۷۳	۰.۹	۳.۸۶	۲۰۹	دیپلم و فوق	
	۳.۹۶	۳.۷۶	۰.۸	۳.۸۶	۲۴۸	لیسانس و بالاتر	
	۳.۹۶	۳.۸۱	۰.۸	۳.۸۸	۵۳۸	مجموع	

در کودکان مورد مطالعه تعداد روز تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب شغل مادر تفاوت معنی داری نشان نداد.
(جدول ۳۵-۴)

جدول ۳۵-۴. تعداد روز فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل مادر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=۰/۹$	۴.۴۳	۴.۲۰	۰.۹	۴.۳۱	۲۷۵	خانه دار	تعداد روز تماشای تلویزیون
$df=۳$	۴.۳۵	۴.۱۰	۰.۹	۴.۲۲	۲۲۴	کارمند	
$p<۰/۴$	۴.۶۲	۳.۷۷	۰.۷	۴.۲۰	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۳۹	۳.۶۷	۰.۹	۴.۰۳	۲۹	کارکن مستقل	
	۴.۳۴	۴.۱۸	۰.۹	۴.۲۶	۵۴۳	مجموع	
$F=۰/۲$	۲.۵۳	۲.۳۳	۰.۸	۲.۴۳	۲۸۰	خانه دار	تعداد روز بازی با رایانه
$df=۳$	۲.۵۶	۲.۳۳	۰.۸	۲.۴۵	۲۲۳	کارمند	
$p<۰/۹$	۲.۷۵	۲.۰۴	۰.۶	۲.۴۰	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۲.۸۰	۲.۰۸	۰.۹	۲.۴۴	۲۹	کارکن مستقل	
	۲.۵۱	۲.۳۷	۰.۸	۲.۴۴	۵۴۷	مجموع	
$F=۰/۹$	۴.۲۰	۳.۹۸	۰.۹	۴.۰۹	۲۸۰	خانه دار	تعداد روز بازی نشسته
$df=۳$	۴.۳۳	۴.۱۰	۰.۸	۴.۲۲	۲۲۲	کارمند	
$p<۰/۴$	۴.۷۵	۳.۷۷	۰.۸	۴.۲۶	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۳۷	۳.۶۹	۰.۹	۴.۰۳	۲۹	کارکن مستقل	
	۴.۲۲	۴.۰۷	۰.۹	۴.۱۴	۵۴۶	مجموع	
$F=۰/۳$	۳.۹۵	۳.۷۳	۰.۹	۳.۸۴	۳۷۹	خانه دار	تعداد روز بازی ایستاده و پرتحرک
$df=۳$	۴.۰۳	۳.۸۱	۰.۸	۳.۹۲	۲۲۲	کارمند	
$p<۰/۷$	۴.۳۷	۳.۳۵	۰.۹	۳.۸۶	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۱۰	۳.۴۸	۰.۸	۳.۷۹	۲۹	کارکن مستقل	
	۳.۹۵	۳.۷۹	۰.۸	۳.۸۷	۵۴۵	مجموع	

تعداد روز بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بیشتر است ($p < 0/05$). ولی بین تعداد روز تماشای تلویزیون و بازی نشسته پرتحرک بر حسب شغل پدر ارتباط معناداری مشاهده نشد. (جدول ۳۶-۴)

جدول ۳۶-۴. تعداد روز فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل پدر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=0/7$	۵.۵۵	۳.۱۹	۱.۴۰	۴.۳۷	۸	بیکار	تعداد روز تماشای تلویزیون
$df=3$	۴.۳۲	۴.۰۶	۱.۰۵	۴.۱۹	۲۴۱	کارمند	
$p<0/4$	۴.۴۹	۴.۱۰	۰.۸	۴.۲۹	۷۷	کارمند عالی رتبه	
	۴.۴۵	۴.۲۰	۰.۸	۴.۳۳	۱۹۶	کارکن مستقل	
	۴.۳۴	۴.۱۸	۰.۹	۴.۲۶	۵۲۲	مجموع	
$F=4/2$	۲.۴۱	۱.۳۳	۰.۶	۱.۸۷	۸	بیکار	تعداد روز بازی با رایانه
$df=3$	۲.۶۰	۲.۳۸	۰.۸	۲.۴۹	۲۴۲	کارمند	
$p<0/05$	۲.۸۷	۲.۴۱	۱.۰۳	۲.۶۴	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۲.۴۲	۲.۲۱	۰.۷	۲.۳۱	۱۹۷	کارکن مستقل	
	۲.۵۱	۲.۳۶	۰.۸	۲.۴۴	۵۲۶	مجموع	
$F=2/2$	۴.۹۴	۴.۰۵	۰.۵	۴.۵۰	۸	بیکار	تعداد روز بازی نشسته
$df=3$	۴.۲۱	۳.۹۶	۰.۹	۴.۰۸	۲۴۰	کارمند	
$p<0/08$	۴.۵۵	۴.۱۷	۰.۸	۴.۳۶	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۴.۲۵	۴.۰۰۱	۰.۸	۴.۱۲	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۴.۲۲	۴.۰۷	۰.۹	۴.۱۵	۵۲۵	مجموع	
$F=0/2$	۴.۶۱	۲.۸۸	۱.۰۳	۳.۷۵	۸	بیکار	تعداد روز بازی ایستاده و پرتحرک
$df=3$	۳.۹۸	۳.۷۶	۰.۸	۳.۸۷	۲۳۹	کارمند	
$p<0/8$	۴.۰۰۱	۳.۶۴	۰.۷	۳.۸۲	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۴.۰۵	۳.۷۸	۰.۹	۳.۹۱	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۳.۹۵	۳.۸۰	۰.۸	۳.۸۸	۵۲۴	مجموع	

مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که تحصیلات مادرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود ($p < 0.01$). ولی مدت زمان تماشای تلویزیون، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب تحصیلات مادر تفاوت معنی داری نشان نداد. (جدول ۳۷-۴)

جدول ۳۷-۴. مدت زمان فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	سطح تحصیلات مادر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=1/6$ $df=3$ $p<0/1$	۵.۲۶	۴.۲۹	۱.۴	۴.۵۷	۱۹	بیسواد	مدت ساعت تماشای تلویزیون
	۴.۴۸	۴.۲۷	۱.۱	۴.۱۸	۶۱	سیکل وزیر دیپلم	
	۴.۵۶	۴.۲۷	۱.۱	۴.۴۱	۲۴۳	دیپلم و فوق	
	۴.۳۷	۴.۰۸	۱.۰۶	۴.۲۳	۲۲۱	لیسانس و بالاتر	
	۴.۴۱	۴.۲۲	۱.۱	۴.۳۱	۵۴۴	مجموع	
$F=1/1$ $df=3$ $p<0/3$	۴.۴۲	۳.۲۵	۱.۲	۴.۲۴	۱۹	بیسواد	مدت ساعت بازی با رایانه
	۴.۱۸	۳.۲۹	۰.۹	۳.۵۳	۶۳	سیکل وزیر دیپلم	
	۴.۲۴	۳.۵۷	۱.۰۸	۴.۱۱	۲۴۳	دیپلم و فوق	
	۴.۳۳	۴.۰۶	۱.۰۰۵	۴.۲۰	۲۲۲	لیسانس و بالاتر	
	۴.۲۲	۴.۰۴	۱.۰۴	۴.۱۳	۵۴۷	مجموع	
$F=3/6$ $df=3$ $p<0/01$	۲.۳۹	۲.۳۱	۰.۵	۲.۱۵	۱۹	بیسواد	مدت ساعت بازی نشسته
	۲.۵۳	۲.۱۳	۰.۷	۲.۳۳	۶۳	سیکل وزیر دیپلم	
	۲.۵۳	۲.۳۳	۰.۸	۲.۴۳	۲۴۴	دیپلم و فوق	
	۳.۱۸	۲.۴۹	۱.۰۷	۳.۰۳	۲۲۱	لیسانس و بالاتر	
	۲.۵۷	۲.۴۱	۰.۹	۲.۴۹	۵۴۷	مجموع	
$F=1/9$ $df=3$ $p<0/1$	۵.۳۲	۴.۰۰	۱.۳	۴.۲۶	۱۹	بیسواد	مدت ساعت بازی ایستاده و پرتحرک
	۴.۱۷	۳.۵۶	۱.۱	۴.۲۷	۶۲	سیکل وزیر دیپلم	
	۴.۰۱	۴.۱۰	۱.۲	۴.۲۶	۲۴۲	دیپلم و فوق	
	۴.۲۲	۳.۵۵	۱.۰۲	۴.۰۹	۲۲۲	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۰	۴.۱۱	۱.۱	۴.۲۰	۵۴۵	مجموع	

مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که تحصیلات پدرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود ($p < 0.01$). ولی مدت زمان تماشای تلویزیون، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب تحصیلات پدر تفاوت معنی داری نشان نداد. (جدول ۳۸-۴).

جدول ۳۸-۴. مدت زمان فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب تحصیلات پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	سطح تحصیلات پدر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=0.6$	۵.۳۰	۴.۱۷	۱.۲	۴.۵۳	۱۳	بیسواد	مدت ساعت تماشای تلویزیون
$df=3$	۴.۵۹	۴.۲۴	۱.۳	۴.۲۶	۶۷	سیکل وزیر دیپلم	
$p<0.6$	۴.۵۵	۴.۲۴	۱.۱	۴.۳۹	۲۰۷	دیپلم و فوق	
	۴.۴۱	۴.۱۴	۱.۰۷	۴.۲۷	۲۴۹	لیسانس و بالاتر	
	۴.۴۲	۴.۲۳	۱.۱	۴.۳۲	۵۳۶	مجموع	
$F=1.5$	۳.۱۰	۳.۰۶	۱.۱	۳.۲۸	۱۳	بیسواد	مدت ساعت بازی با رایانه
$df=3$	۴.۱۸	۳.۳۰	۰.۹	۳.۵۴	۶۸	سیکل وزیر دیپلم	
$p<0.2$	۴.۲۷	۴.۰۰	۱.۰۰۴	۴.۱۴	۲۰۹	دیپلم و فوق	
	۴.۳۳	۴.۱۵	۱.۰۸	۴.۱۹	۲۴۹	لیسانس و بالاتر	
	۴.۲۲	۴.۰۴	۱.۰۴۸	۴.۱۳	۵۳۹	مجموع	
$F=3.5$	۲.۲۴	۲.۳۰	۰.۲	۲.۰۷	۱۳	بیسواد	مدت ساعت بازی نشسته
$df=3$	۲.۴۱	۲.۰۸	۰.۶	۲.۲۵	۶۸	سیکل وزیر دیپلم	
$p<0.1$	۳.۰۰	۲.۳۶	۰.۸	۲.۴۸	۲۱۰	دیپلم و فوق	
	۳.۱۲	۲.۴۷	۱.۰۲	۳.۰۰	۲۴۸	لیسانس و بالاتر	
	۲.۵۷	۲.۴۲	۰.۹	۲.۴۹	۵۳۹	مجموع	
$F=0.5$	۵.۱۰	۳.۲۰	۱.۵	۴.۱۵	۱۳	بیسواد	مدت ساعت بازی ایستاده و پرتحرک
$df=3$	۴.۲۱	۳.۵۸	۱.۳	۴.۲۹	۶۸	سیکل وزیر دیپلم	
$p<0.6$	۴.۳۳	۴.۰۰	۱.۱	۴.۱۷	۲۰۹	دیپلم و فوق	
	۴.۳۴	۴.۰۸	۱.۰۴	۴.۲۱	۲۴۷	لیسانس و بالاتر	
	۴.۳۱	۴.۱۲	۱.۱	۴.۲۱	۵۳۷	مجموع	

مدت زمان تماشای تلویزیون در کودکانی که مادرشان خانه دار بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود ($p < 0.003$) ، در کودکان مورد مطالعه مدت زمان بازی با رایانه ، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب شغل مادر تفاوت معنی داری نشان نداد. (جدول ۳۹-۴)

جدول ۳۹-۴. مدت زمان فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل مادر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل مادر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=4/8$	۵.۰۳	۴.۳۶	۱.۱	۴.۴۹	۲۷۵	خانه دار	مدت ساعت تماشای تلویزیون
$df=3$	۴.۲۸	۴.۰۰۰۸	۱.۰۷	۴.۱۴	۲۲۴	کارمند	
$p < 0.003$	۵.۳۴	۴.۱۱	۱.۱	۴.۳۳	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۵۱	۳.۵۵	۱.۲	۴.۰۳	۲۹	کارکن مستقل	
	۴.۴۱	۴.۲۲	۱.۱	۴.۳۲	۵۴۳	مجموع	
$F=0/3$	۴.۲۵	۴.۰۰	۱.۰۴	۴.۱۲	۲۸۰	خانه دار	مدت ساعت بازی با رایانه
$df=3$	۴.۲۹	۴.۰۲	۱.۰۴	۴.۱۶	۲۲۲	کارمند	
$p < 0/7$	۴.۵۳	۳.۰۶	۱.۳	۴.۲۰	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۲۸	۳.۲۲	۰.۸	۳.۵۵	۲۹	کارکن مستقل	
	۴.۲۲	۴.۰۴	۱.۰۴	۴.۱۳	۵۴۶	مجموع	
$F=0/2$	۲.۵۹	۲.۳۷	۰.۹	۲.۴۸	۲۸۰	خانه دار	مدت ساعت بازی نشسته
$df=3$	۳.۰۵	۲.۴۰	۰.۹	۲.۵۲	۲۲۲	کارمند	
$p < 0/8$	۳.۲۳	۲.۲۳	۰.۸	۲.۳۳	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۳.۲۷	۲.۰۹	۱.۰۲	۲.۴۸	۲۹	کارکن مستقل	
	۲.۵۷	۲.۴۲	۰.۹	۲.۴۹	۵۴۶	مجموع	
$F=1/1$	۴.۰۲	۴.۱۴	۱.۲۱	۴.۲۸	۲۷۸	خانه دار	مدت ساعت بازی ایستاده و پرتحرک
$df=3$	۴.۲۴	۳.۵۶	۱.۰۶	۴.۱۰	۲۲۲	کارمند	
$p < 0/3$	۵.۰۲	۳.۳۷	۱.۱۳	۴.۰۰	۱۵	کارمند عالی رتبه	
	۴.۲۷	۳.۴۴	۱.۰۹	۴.۲۶	۲۹	کارکن مستقل	
	۴.۳۰	۴.۱۱	۱.۱۴	۴.۲۱	۵۴۴	مجموع	

مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود ($P < 0.03$)، ولی در کودکان مورد مطالعه مدت ساعت بازی یا تماشای تلویزیون برحسب شغل پدر تفاوت معنی داری نشان نداد. جدول شماره (۴۰-۴)

جدول ۴۰-۴. مدت ساعت فعالیت بدنی در کودکان مورد مطالعه بر حسب شغل پدر

آزمون آماری	۹۵٪ سطح اطمینان		انحراف معیار	میانگین	تعداد	شغل پدر	
	پایین سطح	بالای سطح					
$F=0.5$	۶.۳۸	۳.۰۱	۱.۷	۴.۵۰	۸	بیکار	مدت ساعت تماشای تلویزیون
$df=3$	۴.۴۳	۴.۱۴	۱.۱	۴.۲۸	۲۴۱	کارمند	
$p<0.06$	۴.۴۷	۴.۳۹	۱.۰۵	۴.۳۳	۷۷	کارمند عالی رتبه	
	۴.۵۵	۴.۲۳	۱.۱	۴.۳۹	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۴.۴۲	۴.۲۲	۱.۱	۴.۳۲	۵۲۲	مجموع	
$F=0.3$	۴.۵۱	۳.۱۳	۱.۰۶	۴.۰۲	۸	بیکار	مدت ساعت بازی با رایانه
$df=3$	۴.۲۹	۴.۰۰	۱.۱	۴.۱۵	۲۴۰	کارمند	
$p<0.07$	۴.۰۳	۳.۵۸	۱.۰۰۰۹	۴.۲۱	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۴.۲۱	۳.۵۴	۰.۹	۴.۰۷	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۴.۲۱	۴.۰۴	۱.۰۴	۴.۱۲	۵۲۵	مجموع	
$F=2.9$	۲.۴۱	۱.۳۳	۰.۶	۲.۲۷	۸	بیکار	مدت ساعت بازی نشسته
$df=3$	۳.۱۱	۲.۴۵	۱.۰۲	۲.۵۸	۲۴۱	کارمند	
$p<0.03$	۳.۱۴	۲.۳۴	۰.۹	۲.۵۴	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۲.۵۰	۲.۲۶	۰.۸	۲.۳۸	۱۹۷	کارکن مستقل	
	۲.۵۷	۲.۴۱	۰.۹	۲.۴۹	۵۲۵	مجموع	
$F=0.2$	۴.۳۹	۳.۲۵	۰.۹	۴.۰۲	۸	بیکار	مدت ساعت بازی ایستاده و پرتحرک
$df=3$	۴.۳۹	۴.۱۱	۱.۱	۴.۲۵	۲۳۸	کارمند	
$p<0.08$	۴.۰۶	۴.۰۰	۱.۰۳	۴.۲۳	۷۹	کارمند عالی رتبه	
	۴.۳۵	۴.۰۱	۱.۲	۴.۱۸	۱۹۸	کارکن مستقل	
	۴.۳۱	۴.۱۲	۱.۱	۴.۲۲	۵۲۳	مجموع	

همبستگی میان ساعات خواب با فعالیت بدنی:

بین کل ساعت خواب ۲۴ ساعته با مدت ساعت بازی با رایانه با $(P=0/00, r=-0/18)$ همبستگی معکوس، ضعیف و معنی داری مشاهده شد. بین ساعت بیدار شدن کودک در صبح با مدت ساعت فعالیت بدنی نشسته همبستگی معکوس و ضعیفی دیده شد اما از نظر آماری معنی داری نبود.

بین کل ساعات خواب با مدت ساعت بیداری صبح، $(r=0/409, p=0/000)$ همبستگی مثبت و معنی داری مشاهده شد و هر چه صبح دیر تر بیدار می شدند، مدت ساعت خوابشان نیز بیشتر بود.

بین کل ساعات خواب با مدت ساعت تماشای تلویزیون و مدت ساعت بازی با کامپیوتر به ترتیب $(r=0/133, p=0/002)$ ، $(r=-0/181, p=0/000)$ همبستگی معکوس وضعیف و معنی داری مشاهده شد. و هر چه مدت ساعت تماشای تلویزیون و بازی با رایانه بیشتر می شد کل ساعات خواب کم می شد.

بین ساعت خواب در شب و ساعت بیداری در صبح همبستگی معکوس و معنی داری مشاهده شد و هر چه صبح دیرتر بیدار می شدند شب ها زودتر به خواب می رفتند. $(r=-0/1, p=0/000)$. بین مدت ساعت بازی نشسته و پر تحرک و کل ساعات خواب به ترتیب $(r=-0/02, p=0/05)$ ، $(r=-0/003, p=0/09)$ همبستگی معکوس مشاهده شد ولی از نظر آماری معنی دار نبود.

بین زمان خواب شبانه در ایام عادی و ساعت بیداری در ایام عادی همبستگی مثبت وضعیف و معناداری مشاهده شد $(r=0/4, p=0/000)$ و هر چه شبها زودتر به خواب می رفتند، صبحها نیز زودتر از خواب برمیخواستند. بین کل ساعات خواب در روز جمعه و ساعت بیداری در روز جمعه همبستگی مثبت وضعیف و معنی داری مشاهده شد $(r=0/3, p=0/000)$ و هر چه صبح جمعه دیرتر از خواب برمیخواستند، مدت ساعت خوابشان در روز جمعه هم بیشتر بود.

همبستگی ساعات خواب با مشخصات دموگرافیک کودکان مورد مطالعه:

بین کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت با شغل پدر همبستگی مستقیم مشاهده شد. و مدت ساعت خواب در کودکانی که پدرشان بیکار بود بهتر بود. ساعت بیدار شدن در صبح با تحصیلات والدین ارتباط معنی داری مشاهده شد. $(P<0/00)$. و با افزایش تحصیلات والدین مدت ساعت خواب کودک کاهش می یافت. بین شغل مادر با کل ساعت خواب، ساعت خوابیدن ارتباط معنی داری مشاهده شد.

الف) بین ساعات خواب کودک در ایام عادی با شغل والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه در کودکانی که مادر خانه دار و پدر بیکار داشتند کل ساعات خواب در ۲۴ ساعت بیشتر بود. همچنین کودکانی که مادرشان کارکن مستقل بود و همچنین کودکانی که پدرشان بیکار بود، صبح ها دیرتر از خواب بر می خواستند و پدرانی که کارکن مستقل بودند کودکانشان در ساعات دیرتری در شب به خواب می رفتند ($p < 0.05$). همچنین بین ساعات خواب کودک در روز جمعه و شغل مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد به طوری که کودکانی که مادرشان خانه دار بودند بیش ترین زمان خواب را داشتند. هم چنین کودکانی که مادر خانه دار داشتند در روز جمعه دیرتر از خواب بر می خواستند. ($P < 0.05$)

ب) بین ساعات خواب کودک در ایام عادی و تحصیلات والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه کودکانی که مادرانشان تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند بطور معناداری دیرتر از خواب بر می خواستند. همچنین زمان کلی خواب در کودکانی که پدر بی سواد داشتند بیشتر بود. ($P < 0.05$) همچنین کودکانی که پدر بی سواد داشتند دیرتر از سایرین به خواب می رفتند و زمان کل خواب هم در آن ها بیش تر بود ولی از نظر آماری معنی دار نبود. بین زمان بیدار شدن کودک از خواب در روز جمعه و سطح تحصیلات مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معنی داری مشاهده شد بطوری که کودکانی که مادران با تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند دیرتر از خواب بر می خواستند ($P < 0.05$)

ج) بین ساعات خواب کودک و شیفت کاری والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه پدرانی که شب کار بودند کودکانشان مدت خواب طولانی تری داشتند. هم چنین زمان کلی خواب کودکانی که مادر آنها شب کار بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود. همچنین کودکانی که مادر آنها عصر کار بود، دیرتر از خواب بر می خواستند، و همچنین کودکانی که مادرشان خانه دار یا عصر کار بود صبح ها دیرتر از خواب بیدار می شدند و این تفاوت از نظر آماری معنی داری بود. ($p < 0.05$). در مادرانی که شب کار بوده یا شیفت چرخشی داشتند کودکان در ساعات دیرتری می خوابیدند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین بین زمان کلی خواب کودک و ساعت بیدار شدن کودک از خواب در روز جمعه و شیفت کاری مادر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوری که کودکانی که مادرشان شب کار بودند بیش ترین ساعت خواب را داشتند و هم چنین کودکانی که مادر عصر کار داشتند دیرتر از خواب بیدار می شدند. ($p < 0.05$)

د) تعداد روز فعالیت بدنی کودک با تحصیلات والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات مادرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری نسبت به سایرین بیشتر بود. تعداد روز بازی با

رایانه و تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات پدرشان لیسانس و بالاتر بود از سایر کودکان بیشتر بود. ($p < 0.05$). همچنین تعداد روز بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بیشتر است. ($p < 0.05$)

م) بین مدت زمان بازی کودک و تحصیلات والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که تحصیلات والدینشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود. همچنین زمان بازی کودکانی که مادر بیسواد داشتند به طور معنی داری بیش تر بود. ($p < 0.05$)

ی) مدت زمان تماشای تلویزیون در کودکانی که مادرشان خانه دار بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود. مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود. ($p < 0.05$)

جدول ۴-۴. همبستگی ساعات خواب کودک با فعالیت فیزیکی

مدت ساعت بازی پرتحرک	مدت ساعت بازی با کامپیوتر	مدت ساعت بازی نشسته	مدت ساعت تماشای تلویزیون	میانگین ساعت بیداری در صبح	میانگین ساعت خواب در شب	میانگین کل خواب ۲۴ ساعته		
-۰/۰۰۳ ۰/۹ ۵۴۸	-۰/۱ ۰/۰۰ ۵۴۹	-۰/۰۲ ۰/۵ ۵۴۹	-۰/۱ ۰/۰۰۲ ۵۴۷	۰/۴ ۰/۰۰ ۵۷۲	-۰/۰۱ ۰/۷ ۵۷۴	۱ ۵۷۶	ضریب پیرسون P تعداد	میانگین کل خواب ۲۴ ساعته
۰/۰۲ ۰/۶ ۵۴۷	۰/۰۲ ۰/۶ ۵۴۸	-۰/۰۴ ۰/۳ ۵۴۸	-۰/۰۱ ۰/۷ ۵۴۶	-۰/۱ ۰/۰۰ ۵۷۲	۱ ۵۷۴	-۰/۰۱ ۰/۷ ۵۷۴	ضریب پیرسون P تعداد	میانگین ساعت خواب در شب
۰/۰۰۹ ۰/۸ ۵۴۵	۰/۰۱ ۰/۷ ۵۴۶	-۰/۰۳ ۰/۷ ۵۴۶	۰/۰۴ ۰/۲ ۵۴۴	۱ ۵۷۲	-۰/۱ ۰/۰۰ ۵۷۲	۰/۴ ۰/۰۰ ۵۷۲	ضریب پیرسون P تعداد	میانگین ساعت بیداری در صبح

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

درمجموع نتایج مطالعه نشان داد که خواب کودک با بعضی مشخصات فعالیت بدنی کودک و وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین ارتباط دارد. در این مطالعه مشاهده شد که بین ساعات خواب کودک در ایام عادی با شغل والدین ارتباط معناداری وجود دارد بطوریکه کودکانی که مادر خانه دار و پدر بیکار داشتند کل ساعات خوابشان در ۲۴ ساعت بیشتر بود. همچنین کودکانی که مادرشان کارکن مستقل بود و همچنین کودکانی که پدرشان بیکار بود، صبح ها دیرتر از خواب بر می خواستند و پدرانی که کارکن مستقل بودند کودکانشان در ساعات دیرتری در شب به خواب می رفتند. همچنین بین ساعات خواب کودک در روز جمعه و شغل مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد به طوری که کودکانی که مادرشان خانه دار بودند بیش ترین زمان خواب را داشتند. هم چنین کودکانی که مادر خانه دار داشتند در روز جمعه دیرتر از خواب بر می خواستند. همچنین بین ساعات خواب کودک در ایام عادی و تحصیلات والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه کودکانی که مادرانشان تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند بطور معناداری دیرتر از خواب برمی خواستند. همچنین زمان کلی خواب در کودکانی که پدر بی سواد داشتند بیشتر بود. همچنین کودکانی که پدر بی سواد داشتند دیرتر از سایرین به خواب می رفتند و زمان کل خواب هم در آن ها بیش تر بود ولی از نظر آماری معنی دار نبود. بین زمان بیدار شدن کودک از خواب در روز جمعه و سطح تحصیلات مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معنی داری مشاهده شد بطوری که کودکانی که مادران با تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند دیرتر از خواب برمی خواستند. همچنین بین ساعات خواب کودک و شیفت کاری والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه پدرانی که شب کار بودند کودکانشان مدت خواب طولانی تری داشتند. هم چنین زمان کلی خواب کودکانی که مادر آنها شب کار بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود. همچنین کودکانی که مادر آنها عصر کار بود، دیرتر از خواب برمی خواستند، و همچنین کودکانی که مادرشان خانه دار یا عصر کار بود صبح ها دیرتر از خواب بیدار می شدند و این تفاوت از نظر آماری معنی داری بود. در مادرانی که شب کار بوده یا شیفت چرخشی داشتند کودکان در ساعات دیرتری می خوابیدند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. همچنین بین زمان کلی خواب کودک و ساعت بیدار شدن کودک از خواب در روز جمعه و شیفت کاری مادر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوری که کودکانی که مادرشان شب کار بودند بیش ترین ساعات خواب را داشتند و هم چنین کودکانی که مادر عصر کار داشتند دیرتر از خواب بیدار می شدند. همچنین بین تعداد روز فعالیت بدنی کودک با تحصیلات والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات مادرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری نسبت به سایرین بیشتر بود. تعداد روز بازی با رایانه و تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات پدرشان لیسانس و بالاتر بود از سایر کودکان بیشتر بود. همچنین تعداد روز بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بیشتر است. همچنین بین مدت زمان بازی کودک و تحصیلات والدین ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که تحصیلات والدینشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود. همچنین زمان بازی کودکانی که مادر بیسواد داشتند به طور معنی داری بیش تر بود. همچنین مدت زمان تماشای

تلویزیون در کودکانی که مادرشان خانه دار بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود. مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود.

۵-۱-۱- مقایسه وضعیت خواب کودکان

از مجموع ۶۰۰ کودک مورد مطالعه پرسشنامه تعداد ۷۰ نفر حذف گردید. بنابر این تجزیه و تحلیل بر روی ۵۳۰ پرسشنامه انجام شد. از مجموع ۵۷۹ کودک مورد مطالعه ۲۸۳ نفر (۵۳/۴ درصد) پسر و ۲۴۷ نفر (۴۶/۶ درصد) دختر بودند. از نظر گروه سنی ۱۵۱ نفر (۲۸/۴ درصد) در گروه سنی ۳-۴ سال، ۱۷۰ نفر (۳۲ درصد) در گروه سنی ۴-۵ سال و ۲۱۰ نفر (۳۹/۵ درصد) در گروه ۵-۶ سال قرار داشتند. در مطالعه حاضر میانگین و انحراف از معیار کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت، ساعت خوابیدن در شب و بیدار شدن در کودکان مورد مطالعه به ترتیب $(۰/۹ \pm ۱۰/۲)$ و $(۲/۷ \pm ۲۲/۱)$ و $(۱/۰۰۳ \pm ۸/۸۰)$ بود که از مقدار توصیه شده برای این بازه سنی کمتر بود. در این سن کودکان باید روزانه ۱۱-۱۳ ساعت خواب داشته باشد (۴،۵). کودکان ۳-۴ ساله شب ها زودتر می خوابیدند، صبح دیرتر بیدار می شدند و کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت آنها از کودکان ۴-۵ و ۵-۶ ساله بیشتر بود. الگوی خواب در طول زندگی تغییر می کند، هرچند کمیت و کیفیت خواب همیشه در گرو عوامل فردی نظیر سن، جنس، عوامل روانی و محیطی قرار دارد اما در کودک، خواب به اندازه رشد و تکامل مهم است. عادات، کیفیت و کمیت خواب نیز می تواند سلامتی دوران کودکی را تحت تأثیر قرار دهد. یادگیری عادات نادرست، فرآیند زندگی بزرگسالی را متأثر ساخته و سلامت فرد و جامعه را به مخاطره می اندازد. همچنین مشکلات خواب می تواند سبب اضطراب، کاهش میزان تطابق و عزت نفس در کودکان شود. خواب یک رفتار سازمان یافته است که به عنوان یک ضرورت حیاتی بر پایه ریتم بیولوژیک هرروز تکرار می شود. میزان نیاز به خواب در انسانها متفاوت بوده و به عوامل گوناگون نظیر سن، زمینه ژنتیکی، حالات فیزیکی و روانی شخص بستگی دارد. وضعیت اجتماعی اقتصادی، اثرات جانبی داروها، عوامل روانی و محیطی و محیط خواب و تعاملات کودک با والدین می تواند در ایجاد خواب مؤثر باشد. در مطالعه ای دیگر Liu و همکاران نشان دادند سن کودک با اختلالات خواب مرتبط می باشد، اما در مقاله قراملکی و همکاران کیفیت خواب با سن، رابطه معنی داری نداشت (۱۰۸) در مطالعه مهری یوسف گمرکچی و روسو و امسلر هم بین الگوی خواب و سن کودک ارتباط وجود داشت. در این رابطه نلسون ۲۰۰۸ مینویسد که انتظار میرود با افزایش سن کودکان مشکلات خواب آنها کاهش یابد (۱۰۹) در مطالعه ای که توسط امیر صابر قراملکی و همکاران در کشور ایران در سال ۱۳۸۹-۱۳۸۸ انجام شد نیز نشان میدهد که طول و کیفیت خواب کودکان مورد بررسی کمتر از مقادیر توصیه شده بود (۹۷).

هم چنین کودکان مورد مطالعه در ایام تعطیل نسبت به ایام عادی زودتر می خوابیدند ، صبح دیرتر بیدار می شدند و کل ساعات خوابشان نیز بیشتر بود. میانگین و انحراف از معیار کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت، ساعت خوابیدن در شب و بیدار شدن در روز های عادی هفته در کودکان مورد مطالعه به ترتیب $(1/2 \pm 10/37)$ و $(1/1 \pm 22/78)$ و $(1/1 \pm 1/1)$ (۸/۲۹) بود. کودکان ۳-۴ ساله شب ها زودتر می خوابیدند، صبح دیرتر بیدار می شدند و کل ساعت خواب در ۲۴ ساعت آنها از کودکان ۴-۵ و ۵-۶ ساله بیشتر بود و در رنج توصیه شده برای این سن بود که همسو با یافته پژوهش قراملکی (۹۷) بود.

۵-۱-۳- رابطه وضعیت اجتماعی-اقتصادی خانوار با وضعیت خواب کودک

از نظر تحصیلات والدین در جامعه آماری مورد مطالعه کودکانی که مادرانشان تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند بطور معناداری دیرتر از خواب برمی خواستند. کودکانی که پدر بیسواد داشتند دیرتر از سایرین به خواب میرفتند و زمان کل خواب هم در آن ها بیشتر بود ولی از نظر آماری معنادار نبود. بین زمان بیدار شدن کودک از خواب در روز جمعه و سطح تحصیلات مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه کودکانی که مادران با تحصیلات سیکل و زیر دیپلم داشتند دیرتر از خواب برمیخواستند.

از نظر شغل والدین کودکانی که مادر آن ها خانه دار بود، بطور معنی داری نسبت به سایرین دیرتر از خواب برمی خواستند. هم چنین زمان کلی خواب در کودکانی که مادر آن ها خانه دار بود نسبت به سایرین بطور معنی داری بیشتر بود. و کودکانی که مادرشان کارکن مستقل بودند دیرتر از خواب برمی خواستند. بین زمان خوابیدن کودک در شب و شغل پدر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه پدرانی که کارکن مستقل بودند کودکانشان در ساعات دیرتری در شب به خواب میرفتند و همچنین کودکانی که پدرشان بیکار بودند زمان دیرتری از خواب بر می خواستند. بین زمان کلی خواب کودک در روز جمعه و شغل مادر در جامعه آماری مورد مطالعه ارتباط معناداری مشاهده شد به طوری که کودکانی که مادرشان خانه دار بودند بیشترین زمان خواب را داشتند همچنین کودکانی که مادر خانه دار داشتند در روز جمعه دیرتر از خواب بر میخواستند. در مطالعه شوقی نیز میزان بروز پاراسومنیا(اختلال خواب) با میزان سواد والدین ارتباط معنادار داشت، بطوری که با افزایش میزان سواد والدین بروز پاراسومنیا در کودکان مورد مطالعه نیز کاهش مییافت. در همین رابطه ساده (Sadeh) نشان داد که مشکلات خواب با میزان سواد والدین ارتباط داشته و با افزایش میزان سواد والدین از مسائل و مشکلات خواب کودکان کاسته می شود. کورتزی (Cortesi) معتقد است که شاید علت این امر، اجرای راهکارهای انضباطی در این خانواده ها و یا آگاهی بیشتر والدین تحصیل کرده در مورد مسائل خواب و

تربیت کودک باشد. همچنین کودکان والدین تحصیل کرده زودتر به رختخواب رفته و مدت زمان خواب بیشتری دارند. ضمن اینکه سطح تحصیلات بالا و در نتیجه برخورداری از موقعیت های اجتماعی مناسب تر، ممکن است روی انتخاب شیوه صحیح زندگی و اتخاذ روشهای تربیتی تاثیر مثبت داشته و توجه والدین را به مشکلات کودکان از جمله مشکلات خواب، افزایش دهد. (۱۱۰)

در این مطالعه بین عادات خواب و تحصیلات و شغل والدین ارتباط مشاهده شد که همسو با نتایج به دست آمده در پژوهش گمرکچی (۱۳۸۸)، ساده (۲۰۰۰) روسو و همکاران (۲۰۰۷) بود. ولی با نتایج یافته های ملیحه اعظم حاج هاشم خانی و همکاران (۱۳۹۴) همسو نبود. (۱۱۱)

در مطالعه Padez سطح خواب کودکان با تحصیلات والدین ارتباط معنی داری داشت و با کاهش تحصیلات والدین سطح خواب کودکان کمتر می شد (۱۱۲) مطالعه Bahammam و همکارانش در سال ۱۹۹۹، نشان داد تحصیلات مادر، داشتن زمان بندی معین برای بخواب رفتن و انجام بازی های رایانه ای با کل ساعات خواب کودک در شبانه روز مرتبط است (۱۱۳)

از نظر ارتباط شیفت کاری مادر با ساعات خواب کودک، کل ساعت خواب در کودکانی که مادرشان شب کار بود بطور معنی داری بیشتر بود. در مادرانی که شب کار بوده یا شیفت چرخشی داشتند کودکان در ساعات دیرتری می خوابیدند ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نبود. کودکانی که مادرشان خانه دار یا عصر کار بود صبح ها دیرتر از خواب بیدار می شدند. در جامعه آماری مورد مطالعه بین شیفت کاری پدر و زمان کلی خواب کودک ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه زمان کلی خواب در کودکانی که پدران شب کار داشتند بیشتر بود. بین زمان کلی خواب کودک در روز جمعه و شیفت کاری مادر ارتباط معناداری مشاهده شد بطوریکه کودکانی که مادرشان شب کار بودند بیشترین ساعات خواب را داشتند و همچنین بین ساعت بیدار شدن کودکان از خواب در روز جمعه و شیفت کاری مادر ارتباط معناداری مشاهده شد به طوریکه کودکانی که مادر عصر کار داشتند دیرتر از خواب بیدار میشدند که همسو با نتایج مطالعه انصاری بود. (۱۱۴)

تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات مادرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری نسبت به سایرین بیشتر بود. تعداد روز بازی با رایانه و تعداد روز بازی نشسته در کودکانی که تحصیلات پدرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری از سایر کودکان بیشتر بود.

در کودکان مورد مطالعه تعداد روز تماشای تلویزیون، بازی با رایانه، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب شغل مادر تفاوت معنی داری نشان نداد. تعداد روز بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بیشتر است. ولی بین تعداد روز تماشای تلویزیون و بازی نشسته و پرتحرک ارتباط معناداری مشاهده نشد. مدت ساعت بازی با رایانه در کودکانی که تحصیلات مادرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود، در کودکان مورد مطالعه مدت ساعت تماشای تلویزیون، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب تحصیلات مادر تفاوت معنی داری نشان نداد. مدت ساعت بازی با رایانه در کودکانی که تحصیلات پدرشان لیسانس و بالاتر بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود، در کودکان مورد مطالعه مدت ساعت تماشای تلویزیون، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب تحصیلات پدر تفاوت معنی داری نشان نداد. ولی در مطالعه اسیه پرمهریابنده و همکاران که در سال ۱۳۸۸ انجام شد ارتباطی بین فعالیت فیزیکی کودکان و سطح تحصیلات والدین مشاهده نشد. (۱۰۲)

در مطالعه ای که توسط سمیه فرد غفوری در کشور ایران در سال ۱۳۹۱ انجام شد بیان شده که کودکانی که زمان بیشتری تلویزیون تماشا می کنند کیفیت زندگی پایین تری دارند. با توجه به نتایج این تحقیق، که نشان دهنده تاثیر استفاده از بازی های رایانه ای بر کیفیت زندگی دختران دانش آموز است، و الگو برداری از این بازی ها می تواند به یادگیری خشونت و رفتارهای ناسالم و نیز مسئله افزایش کم تحرکی و به تبع آن افزایش وزن، مشکلات طبی و جسمانی و حتی انزوای منجر شود، این موضوع به یکی از مهم ترین مسائل سلامت کودکان تبدیل شده و نیازمند توجه فراوان و برنامه ریزی از سوی والدین و مربیان آموزشی است. (۱۰۱)

عوامل روانی که بر پاتولوژی روانی خواب کودکان اثرگذار است مانند درآمد کم خانوار، اتفاقات استرس زای زندگی، دیسترس های زناشویی، جدال در خانواده می تواند خود از عوامل مستعدکننده ای برای مسایل روانی باشد که در نهایت، خود رابه صورت اختلالات خواب نشان می دهد (۱۰۸)

مدت ساعت تماشای تلویزیون در کودکانی که مادرشان خانه دار بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود، در کودکان مورد مطالعه مدت ساعت بازی با رایانه، بازی نشسته و بازی پرتحرک بر حسب شغل مادر تفاوت معنی داری نشان نداد. مدت زمان بازی با رایانه در کودکانی که پدرشان کارمند عالی رتبه بود بطور معنی داری بیشتر از سایر کودکان بود، در کودکان مورد مطالعه مدت ساعت بازی یا تماشای تلویزیون بر حسب شغل پدر تفاوت معنی داری نشان نداد. ارتباط معناداری بین ساعات بازی کودک و شغل مادر و پدر مشاهده نشد. در مطالعه فرانک شعاعی بین انجام

فعالیت های ورزشی با تحصیلات والدین ارتباط وجود داشت ولی بین این موضوع و شغل والدین ارتباط معنی داری مشاهده نشد (۱۱۵)

۵-۲- نتیجه گیری:

درمجموع نتایج مطالعه نشان داد خواب کودک با بعضی مشخصات فعالیت بدنی کودک و وضعیت اجتماعی-اقتصادی والدین ارتباط دارد. از آنجائی که کودکان سرمایه های ملی هر کشورند و دوران کودکی دوران بحرانی رشد و پایه گذار سلامت انسان در سایر سنین است و خواب یک نیاز اساسی، فیزیولوژیک و از نمایه های مهم در ارزیابی سلامتی است و با توجه به رویکرد جدید در نظام خدمات بهداشتی - درمانی و تدوین برنامه های کشوری استفاده از پرسشنامه ارزیابی خواب کودک وسیله ای ارزان قیمت در ارزیابی وضعیت سلامت کودکان خواهد بود.

۵-۳- محدودیت ها:

استفاده از اکتی گراف و پلی سومنوگراف در ارزیابی خواب کودک به عنوان استاندارد طلایی مطرح است ولی با توجه به تعداد دستگاه موجود در شهر قزوین، بالا بودن هزینه استفاده از این تکنیک و زیاد بودن تعداد نمونه مورد بررسی در این مطالعه امکان استفاده از اکتی گراف و پلی سومنوگراف در ارزیابی خواب کودک فراهم نگردید.

۵-۴- پیشنهادات:

۵-۴-۱- پژوهش های آتی در سطح وسیع تری و بر روی سایر گروه های سنی کودکان و نوجوانان انجام گردد.
۵-۴-۲- با توجه به رویکرد جدید در نظام خدمات بهداشتی - درمانی و تدوین برنامه های کشوری و استفاده از خدمات پزشک خانواده در نظام ارجاع، از پرسشنامه ارزیابی خواب و فعالیت بدنی کودک در ارزیابی وضعیت سلامت کودکان استفاده شود.

۵-۴-۳- ارتقاء سلامت در گرو همکاری های بین بخشی و توان مند ساختن افراد برای اتخاذ رفتارهای صحیح و اثر بخش بهداشتی است و انجام مطالعات با طراحی های طولی و استفاده از برنامه های مداخله ای می توان گامی مهم در راستای ارتقای سطح سلامت کودکان که سرمایه های کشورند و خانواده های آنان برداشت.

منابع:

- 1) World health organization 2015. Early childhood development. Available online at: <http://www.who.int/...child.../child/development/en/>
- 2) Elizabeth A. Peterson, Ph.D. Early Childhood Development: Building Blocks for Life. Briefing Paper. Greater Twin Cities United Way Research & Planning July 2010
- 3) State government of Victoria. Department of education and training. (<http://www.education.vic.gov.au>)
- 4) Kleiser C, Rosario AS, Mensink GBM, Prinz-Langenohl R, Kurth BM. Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS study. BMC Public Health 2009, 9:46.
- 5) Gregory JE, Paxton SJ, Brozovic AM. Maternal feeding practices, child eating behavior and body mass index in preschool-aged children: a prospective analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2010, 7:55.
- 6) National sleep foundation. Children and Sleep. Online Available at: URL: [http:// www. topics/children-and-sleep](http://www.topics/children-and-sleep).
- 7) World Health Organization Regional Office for Europe, European Centre for Environment and Health, Bonn Office. WHO technical meeting on sleep and health. Bonn Germany, 22-24 January 2004.

- 8)** Javadi M, Kalantari N, Jalilolghadr Sh, Omidvar N, Rashidkhani B, Amiri P. Sleep Habits and Dietary Intake among Preschool Children in Qazvin. J Compr Ped. 2014;4(1):e5134.
- 9)** Ward TM, Rankin S, Lee KA. Caring for children with sleep problems. J Pediatr Nurs 2007;22(4):283-96.
- 10)** Davis KF, Parker KP, Montgomery GL. Sleep in infants and young children: part two: common sleep problems. J Pediatr Health Care. 2004;18(3):130-137.
- 11)** Mohammadi M, Ghalebagh B, Ghaleh Bandi F, Amintehrani E, Khodaie SH, Shoaee SH, et al. Sleep patterns and sleep problems among preschool and school-aged group children in a primary care setting. Iran J Pediatr. 2007; 17(3): 213-221. (Persian)
- 12)** Iwata S, Iwata O, Iemura A, et al. Determinants of sleep patterns in healthy Japanese 5-year-old children. Int J Dev Neurosci 2011 Feb; 29 (1): 57-62
- 13)** Faraut B, Boudjeltia KZ, Vanhamme L, Kerkhofs M. Immune, inflammatory and cardiovascular consequences of Sleep restriction and recovery. Sleep Med Rev 2012 Apr; 16 (2): 137-149
- 14)** Sasai T, Inoue Y, Komada Y, et al. Effects of insomnia and sleep medication on health related the quality of life. Sleep Med 2010 May; 11 (5): 452-457
- 15)** Fortier-Brochu E, Beaulieu-Bonneau S, Ivers H, Morin CM. Relations between sleep, fatigue, and health-related quality of life in individuals with insomnia. J Psychosom Res 2010 Nov; 69 (5): 475-483
- 16)** Novak M. Sleep disorders, mental health and the quality of life memory. Eur Psychiat 2010; 25 (1): 94

- 17)** Park YD, Patton LL, Kim HY. Clustering of oral and general health risk behaviors in Korean adolescents: A national representative sample. *J Adolesc Health* 2010 Sep; 47 (3): 277-281
- 18)** Zerouali Y, Jemel B, Godbout R. The effects of early and late night partial sleep deprivation on automatic and selective attention: An ERP study. *Brain Res* 2010 Jan 13; 1308: 87-99
- 19)** Baraz Sh, Mohammadi E, Bromand B. Relationship between quality of life, quality of sleep, some blood factors in hemodialysis inpatient patients. *J Kermanshah Univ Med Sci*. 2008; 19 (14): 67-74 [In Persian]
- 20)** Brand S, Gerber M, Beck J, et al. High exercise levels are related to favorable sleep patterns and psychological functioning in adolescents: A comparison of athletes and controls. *J Adolesc Health* 2010 Feb; 46 (2):133-141
- 21)** Fuentes J, Díaz C. Analysis of heart rate during a tennis training session and its relationship with heart-healthy index. *J Sport Health Res* 2010; 2 (1): 26-34
- 22)** Sekine M, Tatsuse T. Associations of smoking, exercise, and alcohol drinking with poor sleep quality of Japanese civil servants. *Eur Psychiat* 2010; 25 (1): 1523
- 23)** Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDadeTW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: Does positive well-being adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health* 2012 Jan; 5(1): 66-73
- 24)** Wagner U, Gais S, Haider H, Verleger R, Born J. Sleep inspires insight. *Nature* 2004; 427(6972): 352-355.
- 25)** Carskadon MA. Sleep difficulties in young people. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(6): 597-598.
- 26)** Anderson C, Horne JA. Sleepiness enhances distraction during a monotonous task. *Sleep* 2006; 29(4): 573-576.

- 27)** Taheri S. The link between short sleep duration and obesity: we should recommend more sleep to prevent obesity. Arch Dis Child 2006; 91(11): 881-884.
- 28)** Javadi M , Javadi,A Kalantari, N., Jalillolghadr, Sh and Mohamadi, H. Sleep Problems among Pre-School Children in Qazvin, Iran. Malays J Med Sci., 2014. 21(6): p. 62-66.
- 29)** Owens JA, Dalzell V. Use of the 'BEARS' sleep screening tool in a pediatric residents' continuity clinic: a pilot study. Sleep Med 2005; 6(1): 63-69.
- 30)** Wolfson AR, Carskadon MA. Understanding adolescents' sleep patterns and school performance: a critical appraisal. Sleep Med Rev 2003; 7(6): 491-506.
- 31)** Smedje H, Broman JE, Hetta J. Associations between disturbed sleep and behavioural difficulties in 635 children aged six to eight years: a study based on parents' perceptions. Eur Child Adolesc Psychiatry 2001; 10(1): 1-9.
- 32)** Anders TF, Eiben LA. Pediatric sleep disorders: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(1): 9-20.
- 33)** Sadeh A, Gruber R, Raviv A. Sleep, neurobehavioral functioning, and behavior problems in school-age children. Child Dev 2002; 73(2): 405-417.
- 34)** Sadeh A, Gruber R, Raviv A. The effects of sleep restriction and extension on school-age children: what a difference an hour makes. Child Dev 2003; 74(2): 444-455.
- 35)** Mindell JA, Owens JA, Carskadon MA. Developmental features of sleep. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 1999; 8(4): 695-725.
- 36)** Roumelioti ME, Wentz A, Schneider MF, Gerson AC, Hooper S, Benfield M, et al. Sleep and fatigue symptoms in children and adolescents with CKD: a cross-sectional analysis from the chronic kidney disease in children (CKiD) study. Am J Kidney Dis 2010; 55(2): 269-280.

- 37)** Smaldone A, Honig JC, Byrne MW. Does assessing sleep inadequacy across its continuum inform associations with child and family health? *J Pediatr Health Care* 2009; 23(6): 394-404.
- 38)** Chamness JA. Taking a pediatric sleep history. *Pediatr Ann* 2008; 37(7): 502-508.
- 39)** Meissner HH, Riemer A, Santiago SM, Stein M, Goldman MD, Williams AJ. Failure of physician documentation of sleep complaints in hospitalized patients. *West J Med* 1998; 169(3): 146-149.
- 40)** van GR, van der Ent CK, van Essen-Zandvliet LE, Rovers MM, Kimpen JL, de MG, et al. No differences in physical activity in (un)diagnosed asthma and healthy controls. *Pediatr Pulmonol* 2007; 42(11): 1018-1023.
- 41)** Nyberg G, Ekelund U, Marcus C. Physical activity in children measured by accelerometry: stability over time. *Scand J Med Sci Sports* 2009;19(1): 30-35.
- 42)** Gaina A, Sekine M, Chen X, Hamanishi S, Kagamimori S. Validity of child sleep diary questionnaire among junior high school children. *J Epidemiol* 2004; 14(1): 1-4.
- 43)** Dietz WH. Critical periods in childhood for the development of obesity. *Am J Clin Nutr* 1994; 59(5): 955-959.
- 44)** Sadeh A, Raviv A, Gruber R. Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Dev Psychol* 2000; 36(3): 291-301.
- 45)** Sinha R, Fisch G, Teague B. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *New Engl J Med*. 346 (4): 2002: 802-810.
- 46)** Eime, R. M., Payne, W.R., Casey, M. M., and Harvey, J. T. "Transition in participation in sport and unstructured physical activity for rural living adolescent girls". *Health education research*, 25(2). 2010. PP:282-293.

- 47)**Jonshon,I .Tillgern,P. and Hagstromer, M. "Understanding and interpreting the concept of phsical activity – a focus group study among Swedish women". Scandinavian Journal of Public Health, (37). 1, 2009. PP:20-27.
- 48)** Lee, L – L, Arthur, A. and Avis. M. "Using self – efficacy theory to develop interventions that help older people overcome psychological barriers to physical activity: a discussion paper". International journal of Nursing Studies, 45, 2008.PP:1690 - 1699.
- 49)** Li, G.S-F, Lu, F.J.H. and Wang, A.H-H. "Exploring the relationships of physical activity, emotional intelligence and health in Taiwan college students". J Exerc Sci Fit, 7 (1), 2009. PP:55-63.
- 50)** Keim, N. L. Blanton, C.A. and Kretsch, M. J. "America's obesity epidemic: measruing physical activity to promote an active lifestyle". Journal of American dietetic association, 104.2004. PP:1398-1409.
- 51)**Nigg, C. R., Borrelli, B., Maddock, J., and Dishman R. K. "A theory of physical activity maintenance". Applied Pscyhology: an international review,57(4). 2008.PP:544-560.
- 52)**Warburton,DER, Katzmarzyk, PT. Rhodes, RE and Shephard, RJ. "Evidence – informed physical activity guidelines for Canadian adults. Applied physiology". Nutrition and Metabolism, 32, 2007. S 16-S 68.
- 53)**Bauman, A., and Owen, N. "Physical activity of adult Australians:epidemiological evidence and potential strategies for health gain". Journal of Science and Medicine in Sport, 2 (1), 1999. PP:30-41.
- 54)**Morris, DD. "Determinants of healthy lifestyle characteristics among U.S. adults: a secondary data analysis". A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in health science. University of Arkansas. 2010. P: 5.

55) Sinha R, Fisch G, Teague B. Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity. *New Engl J Med.* 346 (4) . 2002:802-810.

56) Why is physical activity important? United states department of agriculture .gov/physical-activity/why.html

57) James O, Hill R. Role of physical activity in preventing and treating obesity. *J Appl Physiol.* 99 (7): 2005: 765–770.

58) Baquet G, Stratton G, Van Praagh, E, Berthoin S. Improving physical activity assessment in children with high-frequency accelerometry monitoring; a methodological issue. *Prevent Med.* 44 (8): 2007: 143-147.

59) Schmitz KH, Jacobs DR, Hong CP, Steinberger J, Moran A, Sinaiko AR. Association of physical activity with insulin sensitivity in children. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 26 (2): 2002: 1310-1316.

60) Vahidi RG, Sadeghi V, Rahnoma B, Ghazeezadeh H, Masomee A, Matlabi H, Safaeian A, Atri and Arshadi M. Barriers to physical activity among Tabriz population of Iran. *Res J Biol Sci.* 3 (5): 2008: 863-866.

61) Kemper HC, de Vente W, van Mechelen W, Twisk JW. Adolescent motor skill and performance; is physical activity in adolescence related to adult physical fitness? *Am J Hum Biol.* 13 (1): 2001: 180-189.

62) Chen X, Sekine M, Hamanishi S, Yamagami T, Kagamimori S. Associations of lifestyle factors with quality of life (QOL) in Japanese children: a 3-year follow-up of the Toyama Birth Cohort Study 2005.

Blackwell Publishing Ltd, Child: Care, Health & Development; 2005.P.433-9.

63) Sa´ nchez-Lo´ pez M, Salcedo-Aguilar F, Solera-Martínez M, Moya-Martínez P, Notario-Pacheco B, Martínez–Vizcaíno V. Physical activity and quality of life in schoolchildren aged 11–13 years of Cuenca, Spain. Scand J Med Sci Sports 2009;19:879-884

64) US department of health and human services. Physical activity and health: a report of the surgeon general. Atlanta (GA): US department of health and human services center for disease control and prevention, national center for chronic disease prevention and health promotion; 1996.

65) World Health Organization, Eastern mediterranean regional office. Prevention and control of cardiovascular disease, Alexandria Egypt: WHO; EMRO Tech Pub Series 22; 1995.

66) Lee I M, Rexrode K M, Cook N R, Manson J E, Buring L E. Physical activity and coronary heart disease in women: is "no pain, no gain" pass?. JAMA 2001; 285(11): 1447-1455.

67) Burton N W, Turrell G. Occupation, hours worked, and leisure-time of physical activity. Rre Med 2000; 31(6): 673-681.

68) Eftekhari F, Rjabi H, Shafizdeh M. Participation in sports in summer classes on physical fitness and motor factors, body composition and physical self in adolescent girls. J Movem Sci Sports 2007;5(9):15-28.

69) Subin Park .Associations of physical activity with sleep satisfaction, perceived stress, and problematic Internet use in Korean adolescents. Park BMC Public Health 2014, 14:1143.

70) Driver HS1, Taylor SR. Sleep Med Rev. 2000 Aug;4(4):387-402. Exercise and sleep.

71) National heart lung and blood institute(NIH)

72) O'Connor PJ¹, Youngstedt SD. Exerc Sport Sci Rev. Influence of exercise on human sleep. 1995;23:105-134.

73) Stroth S, Reinhardt RK, Thone J, et al. Impact of aerobic exercise training on cognitive functions and affect associated to the COMT polymorphism in young adults. Neurobiol Learn Mem 2010 Oct; 94 (3): 364-372

74) Dua JS, Cooper AR, Fox KR, Graham Stuart A. Exercise training in adults with congenital heart disease: Feasibility and benefits. Int J Cardiol 2010 Jan 21; 138 (2):196-205

75) Schuch FB, Vasconcelos-Moreno MP, Fleck MP. The impact of exercise on quality of life within exercise and depression trials: A systematic review. Mental Health and Physical Activity 2011; 4 (2): 43-48

76) From S, Liira H, Taina R, et al. Exercise intervention and health promotion by a nurse in 35-45 year old men at elevated cardiovascular risk. J Men's Health 2010; 7(3):302

77) LeBlanc M, Beaulieu-Bonneau S, Mérette C, et al. Psychological and health related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. J Psychosom Res 2007 Aug; 63 (2): 157-166

78) Sasai T, Inoue Y, Komada Y, et al. Effects of insomnia and sleep medication on health related the quality of life. Sleep Med 2010 May; 11 (5): 452-457

79) Amy, G.B., and Smith, C. "fitness, dietary intake, and body mass index in urban native American youth". J Am Diet Assoc 103(9); 2003. PP:829-835.

- 80)** Grund, A. Krause H, Siweres M, Rieckert H, Muller M.J. "Is TV viewing an index of physical activity and fitness in overweight and normal weight children? Public Health Nutr, 4(6); 2001. PP:1245-1251.
- 81)** Robinson, J.L., Winiewicz, D.D., Fuerch, J.H., Epstein, J.H. and Epstein ,J.H. "Relationship between parental estimate and an object of child television watching". Int J Beha Nutr Phys Act; 3; 2006. P:43.
- 82)** Tample, J.L., Giacomelli, A.M. Kent , K.M. Roemmich, J.N., and Epstein,L.H."Television watching increases motivated responding for food and energy intake in children". American Journal of Clinical Nutrition. 85; 2007; PP:355-361.
- 83)** Janssen, I., Katzmarzyk, P.T. Srinivasan, S.R. "Utility of childhood BMI in the prediction of adulthood disease: Comparison of national and international references". Obes Res. 13: 2005. PP:1106-1115.
- 84)** McMurray, J.S. Harrel, S., Deng, C.B.Braadley, L.M. "The influence of physical activity, socioeconomic status, and ethnicity on the weight status of adolescents". Obesity Research 8; 2000;PP:130-139.
- 85)** Kelishadi,R.Ardalan, G,Gheiratmand, R. "Thinness, overweight and obesity in a national sample of Iranian children and adolescents: CASPIAN study". Child: Care, Health and Development; 34(1); 2008; PP:44-54.
- 86)** Cooper,c.T. Klesges , Lisa , M., Klesges, Robert. 2005. "An assessment of obese and non obese girls' metabolic rate during television viewing, reading, and resting". Copyright© Elsevier Ltd All rights reserved.
- 87)** Helathy People 2010, U.S. 2001. "Department of health and human services available at : <http://www.health.gov/healthypeople>. Accessed September25.
- 88)** Robinson, T.N. "Television viewing and childhood obesity".Pediatric clinics of North American 48; . 2001: PP:1017-1025.

89) Crespo, C.J. Smit, E., Troiano, R.P. "Television watching, energy intake, and obesity in U.S. Children". Archives of pediatric and adolescent Medicine 155, 2001:PP:360-365.

90) Greg Atkinson, Damien Davenne .Physiology & Behavior, volume 90, Issues 2-3; 28 February 2007; 229-235

91) Hussey, J. Gormley, J. Bell, C. et al. Physical activity in Dublin children aged 7-9 years. Br J Sports Med. 2001; 35: 268-273

92) American Sleep Disorder Association. The International Classification of Sleep Disorders, Revised: Diagnostic and coding manual. Rochester, MN: ASD . Alexandria, 23, 1997; 130-140.

93) Jalilaghader S, Hashami S, Javadi M, Esmailzadeh N, Jahanihashemi H. Sleep habit of 3-6 years old Iranian children in urban area: late sleeping and sleep debt. Biological Rhythm. 2011; 10: 154-156

(۹۴) نوشین اصفهانی ، بررسی تاثیر ورزش بر سلامت روانی در بعد جسمانی، اضطراب و اختلال خواب، کارکرد اجتماعی و افسردگی در بین دانشجویان دانشگاه الزهرا . ۱۳۸۱. شماره ۱۲. صفحه ۸۶-۷۵

(۹۵) مهدی زارعی ، همه گیرشناسی چاقی و لاغری و ارتباط آنها با فعالیت بدنی و الگوی رژیم غذایی در نوجوانان پسر ۱۲- ۱۴ ساله شهر سبزوار. مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار دوره ۱۹. شماره ۴. زمستان ۱۳۹۱. صفحه ۳۷۹-۳۷۱

(۹۶) ابراهیم مسعودنیا، اعتیاد به اینترنت و خطر بروز اختلالات خواب در نوجوانان. ۱۳۹۰. ۱۰ (۵): صفحه ۲۶۳-۳۵۰

(۹۷) امیر صابر قراملکی، سید مصطفی حسینی، ایوب زمانی، فرهاد واعظ زاده. کوروش جعفریان. بررسی الگوی خواب دانش آموزان ۶ تا ۹ ساله ی شهر تهران. مجله دانشکده پزشکی اصفهان . سال ۲۹ / شماره ۱۵۴ / هفته دوم آبان

۱۳۹۰. صفحه ۱۲۲۹- ۱۲۲۱

- ۹۸) رضا سلطانی شال، حمیدرضا آقامحمدیان شعراف، علی غنایی چمن آباد. اثربخشی ورزش بر سلامت عمومی، کیفیت خواب و کیفیت زندگی دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، سال هفدهم، شماره ۴ (پی در پی ۶۹)، مهر و آبان ۱۳۹۲. صفحه ۴۰-۴۶
- ۹۹) شاهین گوهرپی. خدیجه گیم اهواز، زهرا علی پور، نیلوفر ملک میرزایی، مصطفی فرهنگ. ارتباط سطح فعالیت فیزیکی با نمایه توده بدنی در دانشجویان خوابگاهی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز. مجله علمی علوم پزشکی صدا. دوره ۲، شماره ۳، تابستان ۱۳۹۳. صفحه ۳۰۶-۲۹۹
- ۱۰۰) سیده وحیده حسینی. منیره انوشه. عباس عباس زاده. محمد احسانی. درک دختران نوجوان و والدینشان از نقش خانواده در شکل گیری رفتار فعالیت بدنی در دختران. پاییز ۱۳۹۲. شماره ۱۳ صفحه ۷۷-۶۱
- ۱۰۱) سمیه غفوری فرد، محمد رستمی نژاد، عباس نصرالهی، سعداله دارابی، سعید سوخته زاری. بررسی رابطه کیفیت زندگی و میزان فعالیت بدنی در دانش آموزان دختر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام دوره بیست و یکم، شماره دوم، خرداد ۹۲. صفحه ۱۵۰-۱۴۴
- ۱۰۲) آسیه پرمهر یابنده. دکتر عبدالعظیم نجات یزاده. دکتر حمیرا حمایلی مهربانی. فاطمه دبیری. آریتا کامجو. عارفه شاهی. فوزیه رفعت. بررسی وضعیت تغذیه، برخی عادات غذایی و فعالیت بدنی نوجوانان در بندرعباس. مجله پزشکی هرمزگان سال هفدهم شماره ششم بهمن و اسفند ۹۲ صفحات ۴۵۵-۴۶۳
- ۱۰۳) اکرم صادقپور، معصومه صادقپور، دکتر محمد سلطان حسینی. بررسی ارتباط بین سطوح فعالیت بدنی با سلامت روان (مطالعه ی موردی، کارکنان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان). مجله دانشکده پزشکی اصفهان. سال ۳۲. شماره ۲۷۴. بهار ۱۳۹۳. صفحه ۱۰۱-۹۰
- ۱۰۴) معصومه بقاییان. عباس بهرام. حسن خلجی. اثر جنسیت و سطح فعالیت بدنی بر خودپنداره بدنی دانش آموزان دوره راهنمایی تحصیلی. شماره ۴۷. سال دوازدهم. پاییز ۱۳۹۲. صفحه ۹۴-۸۲
- ۱۰۵) فرهاد رحمانی نیا، بهمن میرزایی، ابوالفضل جعفرزاده باغان. بررسی میزان تماشای تلویزیون و انجام بازی های رایانه ای پسران چاق و کم وزن و رابطه آن با آمادگی جسمانی، سطح فعالیت بدنی و ترکیب بدنی. علوم زیستی ورزشی. تابستان ۱۳۸۹ شماره ۵. صفحه: ۹۴-۷۱

۱۰۶) بختیار ترتیبیان، بهزاد حاجیزاده ملکی، بهروز درفشی یامچی. ارزیابی سطوح فعالیت بدنی با استفاده از هزینه انرژی روزانه در پسران ۸ تا ۱۶ سال مدارس منطقه شمال غرب کشور. پژوهش در علوم ورزشی شماره ۱۰. تابستان ۱۳۹۰. صفحه ۳۲-۱۳

۱۰۷) طیبه خزاعی، پروانه پرتقالی، ام البنین جمالی، سمیه خزاعی، نرجس میری، صغری سرحدی، سیده مرضیه موسوی. الگوی خواب و مشکلات شایع خواب در دانش آموزان ابتدایی شهر بیرجند (سال ۱۳۸۹). مراقبتهای نوین، فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۱: (۳) ۹؛ صفحه ۲۶۳-۲۵۷

۱۰۸) گیتی ازگلی، زهره شیخان، فرین سلیمانی، ملیحه نصیری، سحر میرزایی فهیمه کاوسی، طاهره فرخی، فرحناز خلوصی بدر. بررسی عوامل مؤثر بر اختلالات خواب در کودکان ۴-۶ ساله شهر تهران. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم دوره نهم، شماره پنجم، مرداد ۹۴ صفحه ۵۵ الی ۶۰

۱۰۹) مهری یوسف گمرکچی، سیده زهرا شفیع پور، عزت پاریاد، زهرا عطر کار روشن. عادات خواب دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر رشت. فصل نامه دانشکده های مامایی و پرستاری گیلان. سال ۱۹. شماره ۶۲. پاییز و زمستان ۸۸. صفحه ۴۰-۴۵

۱۱۰) سیده زهرا شفیع پور، مهری یوسف گمرکچی، عزت پاریاد، زهرا عطر کار روشن. پاراسومیا در دانش آموزان مدارس ابتدایی شهر رشت. مجله دانشگاه علوم پزشکی قم دوره نهم، شماره پنجم، مرداد ۹۴. صفحه ۵۰-۶۰

۱۱۱) ملیحه اعظم حاج هاشم خانی، اصغر دالوندی، زهرا کاشانی نیا، مریم جوادی، اکبر بیگلریان. رابطه بین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت خانواده با عادات خواب در کودکان ۶ تا ۱۱ ساله قزوینی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران دوره بیست و پنجم، شماره ۱۲۷ مرداد سال ۱۳۹۴. صفحه ۹۲-۹۹

112) Padez C, Mourao I, Moreira P, Rosado V. Long sleep duration and childhood overweight/obesity and body fat. [http:// www.intersciencewileycom](http://www.intersciencewileycom). 2009 May-Jun;21(3):371-376

113) Bahammam A, Alfari E. Prevalance and problems and habits in a sample of Saudi, primary school children. Ann Saudi Med 2006;26(1):7-13.

۱۱۴) انصاری، س، جوادی، م، جوادی، ا، جلیل القدر، ش. بررسی ارتباط ساعات و الگوی خواب با الگوی غذایی کودکان ۳-۵

ساله مهدکودکهای قزوین. پایان نامه پزشکی. ۱۳۹۴

۱۱۵) فرانک شعاعی، ناهید شریفی. بررسی ارتباط چگونگی گذراندن اوقات فراغت تابستانی و میزان علاقه‌مندی

نوجوانان دختر با مشخصات فردی آنها در دبیرستانهای دختران منطقه ۱۱ شهر تهران در سال ۱۳۷۷. دانشکده پرستاری

و مامایی دانشگاه تهران. صفحه ۱-۱۷۷

Relation between sleep duration with physical activity among 3-6 year-old children in Qazvin

Maryam Javadi Nafiseh Heidary shabnam Jalilolghadr Amir Javadi

Background: sleep in children have an important effects on their daily functioning, growth , behavior, and parenting quality of life .Also physical activity is a main health issues . Therefore, we aimed to evaluate the relation between sleep duration with physical activity among 3-6 year-old children in Qazvin.

Methods: 600 children aged 3–6 years were randomly recruited from 15 kindergartens in the city of Qazvin in Iran. The Iranian version of BEARS questionnaire was completed by interviewer . The data were analyzed with a Anova ,Pearson chi-square and Fisher's exact tests. A P value < 0.05 was considered significant.

Results: In this study total sleep time in 24 hours(TST) have a relation with mothers job, wake-up time in the morning have a relation with mothers job and education ($p < 0/005$). There was coloration between study total sleep times in 24 hours with computer game ($p = 0/00$) and with increasing duration of time with computer games, children's total sleep time decreased. Also there was a significant direct correlation between parents' education by sitting down and playing computer games for hours and days and with increased parental education activities increased sitting.

Conclusion: The results showed sleeping children with socio-economic status of parents and the type and amount of physical activity sitting down. Given the role of adult habits at this age should be appropriate for children's physical activity and sleep it was good planning.

پیوست ها:

پرسشنامه :

تاریخ: نام و کد محل:	
مرحله: شماره پرسشنامه :	
۱-جنس: 1-1- پسر <input type="checkbox"/> 2-1- دختر <input type="checkbox"/>	۲-سن به سال:
۳-وزن فعلی به کیلو گرم:	۴-قد فعلی به سانتی متر:
۵-سن فعلی مادر:	۶-سن فعلی پدر:
۷-زمان زایمان: ۱-۷-سر موعد <input type="checkbox"/> ۲-۷-زودتر از موعد <input type="checkbox"/> ۳-۷-دیرتر از موعد <input type="checkbox"/>	
۸-آیا کودک تک فرزند؟ ۱-۸-بله <input type="checkbox"/> ۲-۸-خیر <input type="checkbox"/>	۸-اگر خیر، چندمین فرزند است؟ ۱ <input type="checkbox"/> ۲ <input type="checkbox"/> ۳ <input type="checkbox"/> ۴ <input type="checkbox"/>
۹-تحصیلات مادر: ۹-۱-بیسواد و کم سواد <input type="checkbox"/> ۹-۲-سیکل و زیر دیپلم <input type="checkbox"/> ۹-۳-دیپلم و فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۹-۴-لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>	
۱۰-شغل مادر: ۱۰-۱-خانه دار <input type="checkbox"/> ۱۰-۲-کارمند <input type="checkbox"/> ۱۰-۳-کارمند عالی رتبه <input type="checkbox"/> ۱۰-۴-کارکن مستقل <input type="checkbox"/>	
۱۱-شیفت کار مادر: ۱۱-۱-خانه دار <input type="checkbox"/> ۱۱-۲-صبح <input type="checkbox"/> ۱۱-۳-بعد از ظهر <input type="checkbox"/> ۱۱-۴-شب <input type="checkbox"/> ۱۱-۵-چرخشی <input type="checkbox"/> ۱۱-۶-دوشیفت <input type="checkbox"/>	
۱۲-تحصیلات پدر: ۱۲-۱-بیسواد و کم سواد <input type="checkbox"/> ۱۲-۲-سیکل و زیر دیپلم <input type="checkbox"/> ۱۲-۳-دیپلم و فوق دیپلم <input type="checkbox"/> ۱۲-۴-لیسانس و بالاتر <input type="checkbox"/>	
۱۳-شغل پدر: ۱۳-۱-بیکار <input type="checkbox"/> ۱۳-۲-کارمند <input type="checkbox"/> ۱۳-۳-کارمند عالی رتبه <input type="checkbox"/> ۱۳-۴-کارکن مستقل <input type="checkbox"/>	
۱۴-شیفت کار پدر: ۱۴-۱-بیکار <input type="checkbox"/> ۱۴-۲-صبح <input type="checkbox"/> ۱۴-۳-بعد از ظهر <input type="checkbox"/> ۱۴-۴-شب <input type="checkbox"/> ۱۴-۵-چرخشی <input type="checkbox"/> ۱۴-۶-دوشیفت <input type="checkbox"/>	
۱۵-کودک در طول ۲۴ ساعت شبانه روز ایام عادی هفته، چند ساعت می خوابد؟	
۱۶-کودک شب ایام عادی در چه ساعتی می خوابد؟	
۱۷-کودک صبح ایام عادی در چه ساعتی بیدار می شود؟	

۱۸- کودک در طول ۲۴ ساعت شبانه روز در ایام تعطیل و آخر هفته چند ساعت می خوابد؟

۱۹- کودک شب ایام تعطیل در چه ساعتی می خوابد؟

۲۰- کودک صبح ایام تعطیل در چه ساعتی بیدار می شود ؟

۲۱- مدت زمانی که کودک در رختخواب می گذراند تا به خواب برود چه قدر است؟

مدت زمان انجام فعالیت بدنی و ساعات تماشای تلویزیون یا نشستن توسط کودک طی ۷ روز گذشته

۶۴- کودک در ۷ روز گذشته چند روز تلویزیون یا ویدئو تماشا کرده است؟

نمی دانم ☐ تلویزیون نگاه نکرده است ☐ ۱-۲ روز
نگاه کرده ☐ ۳-۵ روز نگاه کرده ☐ ۶-۷ روز نگاه کرده ☐
۶۵- هر بار چه مدت زمانی تلویزیون یا ویدئو تماشا میکند؟
نمی دانم ☐ تلویزیون ندیده است ☐ ۱۵-۳۰ دقیقه ☐ ۳۰-
۶۰ دقیقه ☐ ۱-۲ ساعت ☐ بیشتر از ۲ ساعت ☐

۶۶- کودک در ۷ روز گذشته چند روز با رایانه (کامپیوتر) بازی کرده است؟

نمی دانم ☐ بازی نکرده است ☐ ۱-۲ روز بازی
کرده ☐ ۳-۵ روز بازی کرده ☐ ۶-۷ روز بازی کرده ☐

۶۷- هر بار چه مدت زمانی را با رایانه (کامپیوتر) بازی کرده است؟

نمی دانم ☐ بازی نکرده است ☐ ۱۵-۳۰ دقیقه ☐
۳۰-۶۰ دقیقه ☐ ۱-۲ ساعت ☐ بیشتر از ۲ ساعت ☐

۶۸- کودک در ۷ روز گذشته چند روز بازیهای نشسته (نقاشی، بازی فکری، خانه سازی، بازی با ماشین یا عروسک، فوتبال دستی، اتل متل، کلاغ پر و) داشته است؟

نمی دانم ☐ بازی نکرده ☐ ۱-۲ روز بازی کرده ☐
۳-۵ روز بازی کرده ☐ ۶-۷ روز بازی کرده ☐

۶۹- هر بار چه مدت زمانی را نشسته بازی کرده است؟

نمی دانم ☐ بازی نکرده ☐ ۱۵-۳۰ دقیقه ☐ ۳۰-۶۰ دقیقه ☐
۱-۲ ساعت ☐ بیشتر از ۲ ساعت ☐

۷۰- در ۷ روز گذشته کودک چند روز فعالیت‌های بدنی پر تحرک از قبیل (انواع حرکات ورزشی، دوچرخه سواری،، طناب بازی، فوتبال، دویدن، پیاده روی، نرمش، کمک در کارهای منزل مثل: مرتب کردن رختخواب، کمک در چیدن سفره غذا) را انجام داده است.

نمی دانم ☐ بازی نکرده ☐ ۱-۲ روز بازی کرده ☐

۳-۵ روز بازی کرده ☐ ۶-۷ روز بازی کرده ☐

۷۱- هر بار چه مدت زمانی را صرف انجام این فعالیتها کرده است؟

نمی دانم ☐ بازی نکرده است ☐ ۱۵-۳۰ دقیقه ☐ ۳۰- ☐

۶۰ دقیقه ☐ ۱-۲ ساعت ☐ بیشتر از ۲ ساعت ☐